

申 立 ・ 誓 約 書

年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

〒

申 立 者 住 所

(法定相続人) 氏 名

電話番号 () —

死亡した被保険者との続柄

私は、下記被保険者死亡後における高齢者の医療の確保に関する法律第 56 条に規定される医療給付費（高額介護合算療養費を除く）の受領について、関係書類を添えて申し立てます。支払いは下記振込先金融機関へ口座振込をして下さい。なお、他の相続人に對しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理し、福島県後期高齢者医療広域連合に對して、異議を申し立てないことを誓約します。

死亡した被保険者	被保険者番号									氏名	(年 月 日死亡)
	生 年 月 日	年 月 日	性別	男・女	住所						

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通当座 ()
口座番号		※口座番号は、7桁記入願います。 (例 1 2 3 4 → 0 0 0 1 2 3 4)		
(カタカナ)				
口座名義人				

※申立者以外の名義の口座に振込を希望する場合は、下記の受領委任欄を記入してください

受領委任欄	令和 年 月 日	委任者 住所
		(申立者) 氏名
	私（申立者）は本申立に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。	
	受任者 住所	
	(口座名義人) 氏名	

受付時使用欄 (市町村確認欄)	市町村担当者印
申立者の被保険者との関係 ☐ 同居親族 ☐ 別居親族 ☐ その他 () 資格確認方法 ☐ 公簿等による確認 (住民基本台帳、戸籍謄本等) ☐ その他 () 死亡した被保険者の口座が配偶者・他親族の振込口座として登録がないか確認 ☐ 配偶者登録口座 (有・無) ※有の場合は変更申請を依頼。 ☐ 他親族登録口座 (有・無)	