

(相続人用)

申立・誓約書

福島県後期高齢者医療広域連合長 様
〒

申立者住所 避難先住所

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。支払いは私の下記振込先金融機関へ口座振込をして下さい。

なお、他の相続人に対しましては、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対して、異議を申し立てないことを誓約します。

| | | | | | | |
|----------------------|--------|-------|----|--|----------------|-----------------------|
| 死被 亡保 し險 た者 | 被保険者番号 | | | | | 氏名 (令和 年 月 日 死亡) |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | | 住所 双葉郡浪江町大字 | |

| | | | |
|--------|--|-----------------|-------------------------|
| 振込先 | 銀行 信用組合 信用農 () | 本店 支店 出張所 | 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) 1234 → 0001234 | | |
| (カタカナ) | | | |
| 口座名義人 | | | |

同じ人(3親等以内の
相続人代表者)

注意：申立者（口座名義人）は法定相続人になります。

| | | |
|--|---------|---------|
| 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 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 別居親族 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 資格確認方法 <input type="checkbox"/> 公簿等による確認（住民基本台帳、戸籍謄本等） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 配偶者登録口座（有・無） ※有の場合は変更申請を依頼。 <input type="checkbox"/> 他親族登録口座（有・無） | | |

申立・誓約書

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〒 960-8043

申立者住所 福島市中町8番2号

避難先住所

氏名 浪江 花子

電話番号 (090) 1234 - 5678

死亡した被保険者との続柄 妻

私は、下記被保険者死亡後における高齢者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。支払いは私の下記振込先金融機関へ口座振込をして下さい。

なお、他の相続人に対しましては、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対して、異議を申し立てないことを誓約します。

| | | | | | |
|----------------|--------|-----------------|----|-----------------------------|------------------------------|
| 死被 亡保 険者 | 被保険者番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 | 氏名 | 浪江 太郎 (令和〇〇年〇〇月〇〇日 死亡) | |
| | 生年月日 | 昭和〇年〇〇月〇〇日 | 性別 | 男 | 住所 双葉郡浪江町大字 幾世橋字六反田7-2 |

| | | | | | | | |
|--------|---------------|--|--------------------------|----|-----------------|------|-----------------|
| 振込先 | 広域 | | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 福島 | 本店 支店 出張所 | 預金種別 | 普通 当座 () |
| 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | ※口座番号は、7桁記入願います。 (例) 1234 → 0001234 | | | | | |
| (カタカナ) | ナミエ ハナコ | | | | | | |
| 口座名義人 | 浪江 花子 | | | | | | |

同じ人(3親等以内の
相続人代表者)

注意：申立者（口座名義人）は法定相続人になります。

| | | |
|--|---------|---------|
| 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 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 別居親族 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 資格確認方法 <input type="checkbox"/> 公簿等による確認（住民基本台帳、戸籍謄本等） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 配偶者登録口座（有・無） ※有の場合は変更申請を依頼。 <input type="checkbox"/> 他親族登録口座（有・無） | | |