

(相続人用)

申立・誓約書

平成 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

〒

申立者 住所 _____

氏名 _____

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。

(死亡した被保険者の住所)

(死亡した被保険者の氏名)

(年 月 日死亡)

被保険者証番号 ()

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 ()
	口座番号は、7桁記入願います。 (例 1 2 3 4 0 0 0 1 2 3 4)		
口座番号	(カタカナ)		
口座名義人			

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 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)	