

後 期 高 齢 者 医 療 給 付 費 受 領 申 立 書
高 額 医 療 合 算 介 護（ 予 防 ）サ ー ビ ス 費 受 領 申 立 書
後 期 高 齢 者 医 療 保 険 料 還 付 金 受 領 申 立 書

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様
市 町 村 長 様

〒

申 立 者
(相続人代表者)

住 所

フリガナ

氏 名

電 話 番 号

死亡した被保険者との続柄

私は、 の相続人代表として、被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る（後期高齢者医療給付費・高額医療合算介護（予防）サービス費・後期高齢者医療保険料還付金）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

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、高知県後期高齢者医療広域連合、及び市町村に対し、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	後期高齢者医療	介護保険
	住 所	香美市	
	氏 名		
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	死 亡 日	昭和・平成・令和 年 月 日	

― 口座振替依頼欄 ― (相続人代表者名義の口座)

(後期高齢者医療給付費・高額医療合算介護（予防）サービス費・後期高齢者医療保険料還付金)については、下記の口座に振り込んでください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 本所 ()	支店 支所 ()	預金種別	普通 当 座 ()
口座番号					
フリガナ					被保険者との続柄
口座名義人					

- ※ 申立者の本人確認書類が必要です。
※ 申立者と口座名義人が異なる場合は、委任状の添付が必要です。

【市町村確認欄】
① 確認結果<被相続人の配偶者(死亡・無)、子または孫(死亡・無)、父母(死亡・その他)>
② 申立者が甥・姪の場合<被相続人の(兄・弟・姉・妹)である申立者の(父・母)は死亡している>
③ 確認方法(口頭・戸籍・その他) ※確認者 印