

受領申立（兼高額療養費支給申請）書

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者 住所 〒 _____
(相続人代表者)

氏名 _____ 印 ※

電話番号 _____

死亡した被保険者からみた続柄 _____

※申立者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡にともない、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付費の受領を行うことを申し立てます。

また、下記被相続人が高額療養費の支給を申請していなかった場合には、この書面をもって高額療養費の支給を申請します。

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置いたします。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	
	住所	
	氏名	
	死亡年月日	

上記支払いについて、下記の口座に振り込んでください。

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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 貯蓄 ()
口座番号 左記記載してください							
口座名義人 (カタカナ)							

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

委任状	※申立者と口座名義人が異なる場合に記入してください。	
	上記、後期高齢者医療給付費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。	
	年 月 日	
	申立者 (相続人代表者)	住所 _____ 氏名 _____ 印
代理人	住所 _____ 氏名 _____ 印	

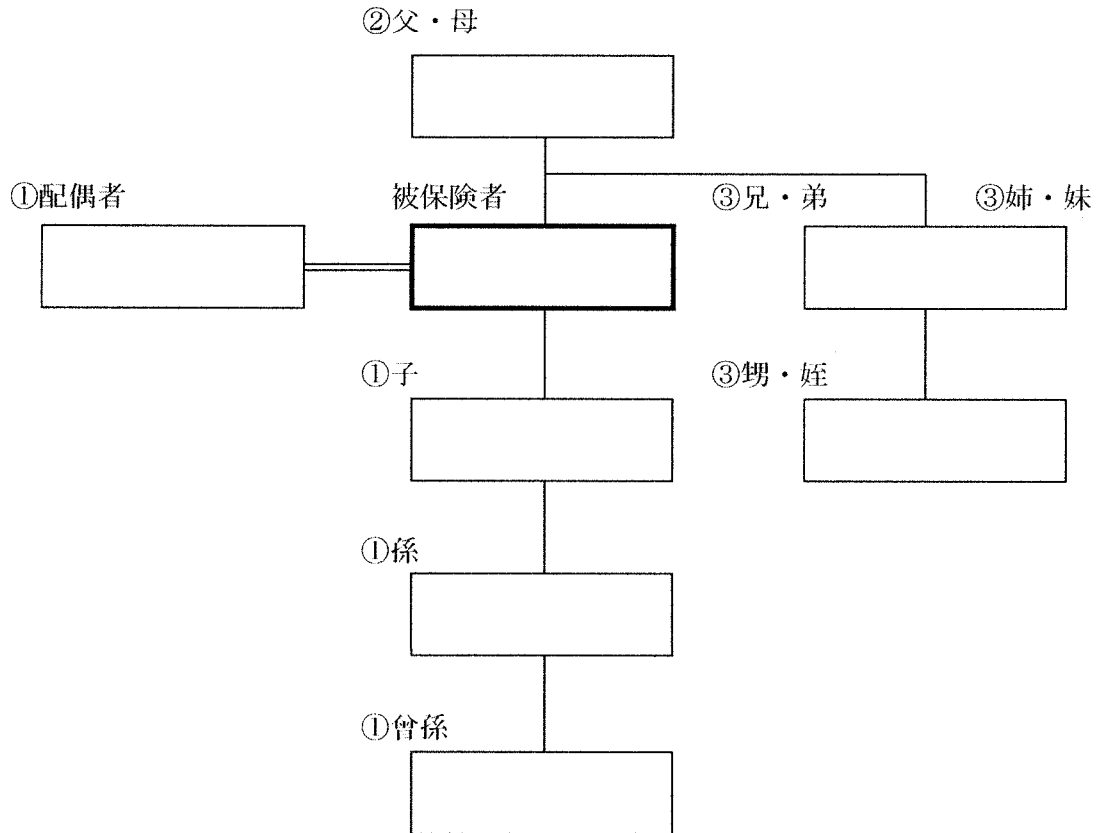
(注意) 裏面も忘れずにご記入ください。

法定相続人図

(この図の中にあてはまっても法定相続人でない場合があります。)

<記入のしかた>

- ・ 亡くなられた被保険者（被相続人）と申立者（口座名義人）の氏名を、該当する続柄の 内に記入してください。
- ・ 相続人であることを住民登録等で確認できない場合は、続柄と相続人であることがわかる戸籍謄本等のご提示をお願いします。



※①～③は、相続にかかる優先順位です。

市町村使用欄

所属

氏名

申立者が死亡した被保険者の法定相続人であることを、下記の挙証資料で確認しました。
 戸籍謄本 本籍地 筆頭者

住民票 住所

世帯主

確認した事項（続柄）