

年　月　日

後期高齢者医療給付費受領申立書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

申立人

相続人	(被保険者との続柄))
住 所	(〒)	-
電 話	()	-
氏 名		

下記被保険者（被相続人）の死亡に伴い、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については、上記相続人が受領するものであることを申し立ていたします。

なお、他の相続人から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけないことを確約します。

被 保 險 者 (被相続人)	被保険者番号								
	住 所								
	氏 名								
	死亡年月日								

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については下記の口座に振り込んでください。

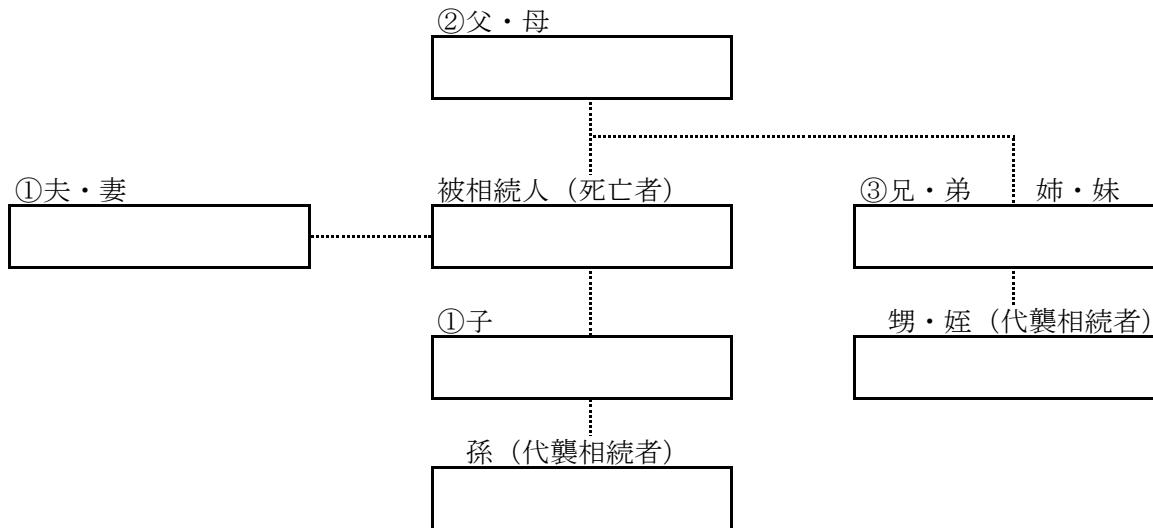
	銀行口座は別紙申請書のとおり（下記振込先銀行口座欄は省略）									
振込先口座	銀 行 本 店						預金種別			
	信用金庫・組合			支 店	1 普 通	2 当 座	4 貯 蓄			
	協 同 組 合			出 張 所						
	()			()						
	金融機関コード									
口座番号										
口座名 義人 (かた)										

市区町職員 記載欄	本人確認書類				確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療資格確認書 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> （ ）					

【続 柄 図】

<記入方法>

枠内に被保険者(被相続人)と、申立人(相続人)の氏名だけを記入してください。
その他の枠は空白としてください。



※①～③は相続にかかる優先順位です。

<添付書類>

被保険者(被相続人)と申立人(相続人)の関係が分かるものを添付してください(コピー可)。
(例) 戸籍謄本(抄本)、認証文付き法定相続情報一覧図等

※申立人(相続人)と被保険者(被相続人)が住民票上の同一世帯かつ住民票上で
被保険者との続柄が確認できる場合は不要です。

住民票上で続柄が確認できない場合や同住所でも住民票の同一世帯でない場合は
相続人であることが確認できる書類が必要です。

・遺言等により申立人(相続人)に指定された方は、遺言状・公正証書等

窓口に申請書を持参する場合、申立人(相続人)と窓口に来られる方の本人確認書類(原本)も
ご持参ください。

この書類を郵送する場合は、申立人の本人確認書類(コピー)を添付のうえ、ご返送ください。

<本人確認書類>

- マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等、官公署発行の顔写真付き身分証明書
- (後期高齢者医療被保険者の場合) 後期高齢者医療資格確認書