

年 月 日

保険者	

後期高齢者医療
 〔 高 額 療 養 費 費
 療 養 費 費
 特 別 療 養 費 費
 高 額 介 護 合 算 療 養 費 費
 そ の 他 給 付 費 費 〕 支 給 申 請 書 (申 立 書)

被相続人(死亡した被保険者)				
被保険者番号		氏 名		
個人番号		性 別	生年月日	

私は、上記の被保険者の死亡のため、北海道後期高齢者医療広域連合より支給される後期高齢者医療給付費等について、相続人全員を代表して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）の責任において、異議のないよう処理し、北海道後期高齢者医療広域連合に一切の迷惑をかけないことを申し添えます。

もし、私の故意又は過失により、北海道後期高齢者医療広域連合に損害を与えた場合は、その一切の責任を負います。

該当するものに○を付けてください。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 本 所 支 店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座名義人 (カタカナ)				
口座番号等 左詰めで記載	金融機関（ゆうちょ銀行以外）			
	ゆうちょ銀行 ※ 振込用の店番(3桁)・口座番号(7桁)が必要です。	店 番	口 座 番 号	

口座名義人はカタカナで上段より左詰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字空けてください。

北海道後期高齢者医療広域連合長宛

上記のとおり
 〔 高 額 療 養 費 費
 療 養 費 費
 特 別 療 養 費 費
 高 額 介 護 合 算 療 養 費 費
 そ の 他 給 付 費 費 〕 の支給について申し立ていたします。

年 月 日

申請者 住 所 (〒 -)

氏 名 印 被相続人
との続柄

電話番号