



スマートフォン等
で読み込み、
オンラインでの
申請も可能です。

申立・誓約書

福島県後期高齢者医療広域連合長

〒

申立者 住所 _____

(法定相続人) 氏名 _____

電話番号 () _____

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	被保険者番号																	氏名	(年 月 日死亡)
	生年月日	年	月	日	住所														

振込先	銀行	信用金庫	本店・支店	預金種別	普通当座
	信用組合	協同組合	()		

口座番号																				※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)
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(カタカナ)																		
口座名義人																		

※申立者以外の名義の口座に振込を希望する場合は、下記の受領委任欄を記入してください

受領委任欄	令和 年 月 日	委任者	住所
		(申立者)	
		氏名	
	私（申立者）は本申立に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。		
	受任者	住所	
	(口座名義人)		
	氏名		

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 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 別居親族 <input type="checkbox"/> その他 () 資格確認方法 <input type="checkbox"/> 公簿等による確認 (住民基本台帳、戸籍謄本等) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 配偶者登録口座 (有・無) ※有の場合は変更申請を依頼。 <input type="checkbox"/> 他親族登録口座 (有・無)	