

相続人申立書

令和〇年 〇月 〇日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 宛

1. 被相続人

被保険者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
死亡年月日	令和〇年 〇月 〇日
被保険者氏名	〇〇 〇〇 亡くなった方の氏名

私は、相続人代表として、上記被相続人（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（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人は、私（申立人）が相続することについて異議がないことを申し添えます。

相続人の住所・口座情報などを記入してください。

2. 申立人 郵便番号 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇
(相続人代表)

住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
(フリガナ) 〇〇〇〇 〇〇〇〇

氏名 〇〇 〇〇 印 (自署の場合は押印不要)

死亡した被保険者との続柄 子など)

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

3. 振込先口座

支払方法	金融機関		預金種別		
口座振込	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	〇〇 本店 支店 出張所		
口座番号		口座名義人			
〇	〇	〇	〇	フリガナ	〇〇〇〇〇〇
〇	〇	〇	〇	氏名	〇〇 〇〇