

(様式第1)

窓口に来られた方 氏名 (続柄) 連絡先

市町村受付印

申 立 書

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

※太枠の中をご記入ください。

Form for applicant details including address, name, and phone number.

私は、相続人代表として、下記の死亡した被保険者(被相続人)に係る高齢者の医療の確保に関する法律第56条の規定に基づく給付の申請及び受領を行うことを申し立てます。

なお、申請及び受領に関して、相続人間で異議が生じた場合、他の相続人に対しましては、私(申立者)が責任を持って処理します。

相続放棄等の理由により支給要件に該当しなくなった場合は、相続放棄申述受理通知書を添えて申立書届出取下書を提出し、併せて保険給付金受領後だった場合、私は保険給付金を返還します。

Table for deceased insured person details including address, name, and death date.

・該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は()内に記載して下さい。

Table for bank account information including branch, account type, and account number.

Form for commission details including agent name, address, and contact information.

Table for municipal confirmation details including confirmation method and date.

※市町村は、申立者を公簿等で確認した場合は、確認した旨を記載すること。
※市町村は、上記の公簿等で確認できない場合には、戸籍謄本、戸籍抄本、住民票謄本等の申立者と被相続人の続柄が分かるものの提出を求め、申立書に添付すること。また、提示があった場合は、写しを添付すること。