

# 受領申立（兼高額療養費支給申請）書

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者 年 月 日  
 (相続人代表者) 千 一  
 住所 \_\_\_\_\_  
 フリガナ \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟ ※口座名義人と申立者が異なる場合のみ押印  
 電話番号 ( ) ー \_\_\_\_\_

死亡した被保険者からみた続柄 \_\_\_\_\_

私は、相続人代表として、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の受領を行うことを申し立てます。

また、下記被保険者（被相続人）が高額療養費の支給を申請していなかった場合には、この書面をもって高額療養費の支給を申請します。

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置いたします。

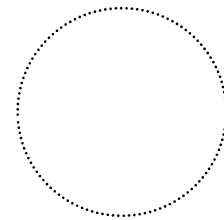
被保険者 (被相続人)	被保険者番号					フリガナ				
						氏名				
	住所									
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	死亡日	年	月	日	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			本店 支店 出張所		預金種別	普通 当座 貯蓄
	( )			( )			
金融機関コード				支店コード			
口座番号 (右づめ)							
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)							

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号（数字7桁）」（通帳見開き下部）を記入してください。  
 ※ 口座名義人は、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

↓ 口座名義人と申立者が異なる場合は、記入・押印してください。 ↓

受領委任状	上記、後期高齢者医療給付費受領に関する権限を、下記受領代理者に委任します。		年 月 日	
	委任者 (申立者)	氏名	㊟	
	受領代理者	住所		
		氏名	㊟	



市町村受付日
年 月 日

裏面も記入してください

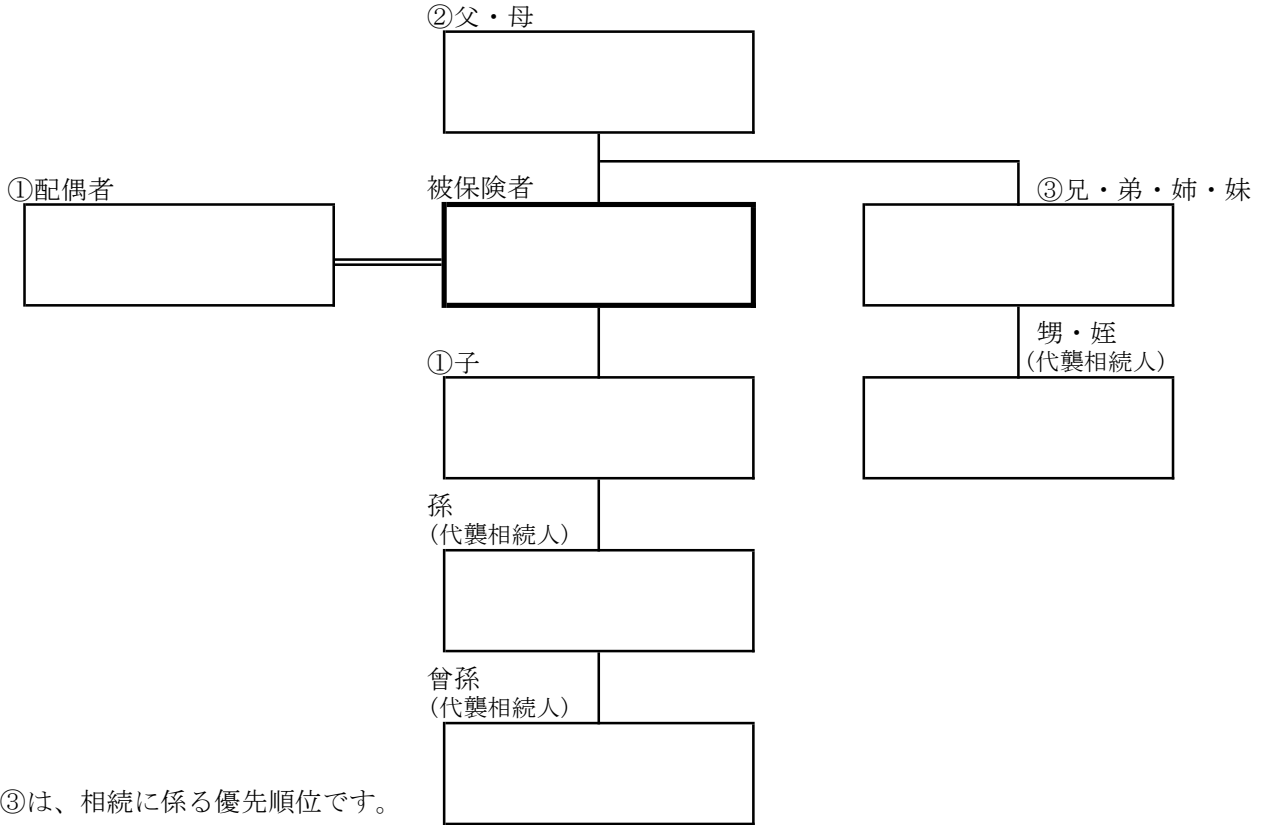
法定相続人図

※この図の中にあてはまっても法定相続人ではない場合があります。

〈記入の仕方〉

・亡くなられた被保険者（被相続人）と申立者（相続人代表者）の氏名を該当する続柄の枠内に記入してください。

※下図の関係がわかる書類（戸籍謄本等）のご提示をお願いします。ただし、受付市町村に住民票があり、亡くなられた被保険者（被相続人）と申立者（相続人代表者）が住民票上、同世帯の場合は不要になる場合があります。（同じ住所であっても、住民票上で別世帯の場合は、提示が必要です。）



※①～③は、相続に係る優先順位です。

以下、市町村使用欄

確認者 所属 氏名

申立者が死亡した被保険者の法定相続人であることを、下記の挙証資料で確認しました。

戸籍謄本 本籍地 筆頭者

住民票 住所 世帯主

確認した事項（続柄）