

保険者	

後期高齢者医療
 高額療養費
 特別療養費
 高額介護合算療養費
 その他給付費

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
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。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店舗名	本店 本店 支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
	口座番号	0を省略せず、左側から詰めて記入してください。			※ゆうちょ銀行の場合、店舗名・口座番号は通帳見開きの銀行使用欄に記載されている口座情報を記入してください。(店舗名欄には店番(3桁の数字)を記入)	
口座名義人(カタカナ)	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

上記のとおり申し立ていたします。

なお、高額療養費支給後に相殺すべき事由が生じた場合は、今後支給される高額療養費と相殺することに同意します。

また、重度心身障がい者等医療助成の対象となる場合の高額療養費については、助成を実施した市町村が受領することに同意します。

令和 年 月 日

(〒 -)

住所 _____

申請者 氏名 _____

被相続人との続柄 _____

電話番号 _____