保険者	

後期高齢者医療 各給付金 支給申請書（申立書）

私は、下記の②が死亡したため、北海道後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）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、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、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。

また、この申立に関して、広域連合が必要に応じ、医療機関等に対して照会すること、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及び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。

① 死亡した方の被保険者番号				
② 死亡した方の氏名				
③ 死亡した方の生年月日		（大正・昭和）　年　月　日		
④ 申立日（申請した日）		（令和）　年　月　日		
⑤ 申立者氏名				
⑥ 申立者住所		（〒　－　）		
⑦ 死亡した方から見た申立者の続柄		配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ その他（　）		
⑧ 電話番号		―　―		
		※申請書に不備があった場合に連絡します。日中に繋がる番号を記入してください。		
⑨ 口座情報	⑨－1 口座名義人（カタカナ）	A B C D E F G H I J K L M N O P Q		
	⑨－2 金融機関名	銀行・信金 信組・農協 漁協・労金	⑨－3 店舗名	本店 支店 （　）
	⑨－4 口座種別	普通 ・ （　）	⑨－5 口座番号	A B C D E F G ※「0」を省略せず、左詰めで記入

市区町村使用欄	※該当ある場合は✓すること。	（備考）	市区町村受付印
	□ 委任状有 □ 登記事項証明書確認済 □ 戸籍謄本で養子縁組確認済 □ 公正証書確認済 □ 自筆証書確認済		