

申 立 書 ・ 誓 約 書

(兼後期高齢者医療高額療養費支給申請書・過誤納保険料口座振込依頼書)

※申し立てできる方は相続人に限ります。 記名の場合は押印が必要です。

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様
市町村長様

平成 年 月 日

〒 -

申 立 者 住 所
(相続人代表者)

氏 名

死亡した被保険者からみた続柄 ()

電話番号 -

私は、相続人代表者として、下記被相続人（死亡した受給者）死亡後における、被相続人に関する後期高齢者医療給付（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）に関する申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

また、相続人代表者として、下記被相続人の死亡後における後期高齢者医療保険料につき、納付又は還付金の受領を行うことを併せて申し立てます。

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理し、岩手県後期高齢者医療広域連合、市町村長に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

保険者番号	3	9	0	3					被保険者番号								
死亡した被保険者の住所																	
死亡した被保険者の氏名												他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か 1 受けられる：制度名— 医療費助成 ・ 退教互 ・ その他 ()					
死 亡 年 月 日		平成		年		月		日		2 受けられない							

該当するものに○を、該当するものがないときは () 内に記載してください。金融機関コード・支店コードの記載は任意です。

振 込 先 口 座	銀 行 信用金庫 労働金庫 農 協 ()				本 店 支 店 支 所 出張所 ()				預金種別				普 通 ・ 当 座				
									金融機関コード				支店コード(店番)				
口 座 番 号																	
カ タ カ ナ																	
口 座 名 義 人																	

口座番号は右詰めで記載してください。 姓と名の間は1字あけてください。

該当する数字に○をつけてください。

委 任 状

- 私は、下記の者を代理人として定め、医療給付・過誤納保険料の受領に関する権限を委任します。
- 私は、申請した高額療養費のうち医療費助成制度から支給された高額療養費の受領に関する権限については、市町村長 に委任します。

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様
市町村長様

平成 年 月 日

申立者 フリガナ
氏 名

〒 -

代理人 住 所

※2のみに○をつけたときは、
代理人欄の記入は不要です。

氏 名

申立者との続柄 ()

担当者確認欄：□送付先変更有（送付先：代理人と同じ／代理人以外→住所・氏名・申立者との続柄を空欄へ記載）