

相続人申立書

年 月 日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 宛

1. 被相続人

被保険者証番号	
死亡年月日	年 月 日
被保険者氏名	

私は、相続人代表として、上記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人は、私（申立人）が相続することについて異議がないことを申し添えます。

2. 申立人

(相続人代表)

郵便番号 〒 _____

住 所 _____

(フリガナ)

氏 名 _____ (印) (自署の場合は押印不要)

死亡した被保険者との続柄 _____

電話番号 _____

3. 振込先口座

支払方法	金融機関		預金種別
口座振込	銀行	本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄
	信用金庫 信用組合 労働金庫 農 協		
口座番号			口座名義人
			フリガナ
			氏名