年　　月　　日

保険者	

後期高齢者医療 ［高額療養費／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。

該当するものに〇を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振込先	銀行／信用金庫／信用組合／協同組合（　　）	本店／本所／支店（　　）	預金種別	普通／当座（　　）
口座番号 左詰めで記載				
口座名義人 （カタカナ）				

ゆうちょ銀行の場合は振込先の支店名記入欄に振込用の店番（3桁）を記入してください。
口座名義人は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 ［高額療養費／療養費／特別療養費／高額介護合算療養費／その他給付費］ の支給について申し立ていたします。

年　　月　　日

申請者　住　所（〒　　－　　）

氏　名　　被相続人との続柄

電話番号