

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 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	1. 普通
	信用金庫	支 店	2. 当座
	信用組合	出張所	3. 貯蓄
	労働金庫		
	農 協		
口 座 番 号		口 座 名 義 人	
		フリガナ	
		氏名	