

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	
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 ⑩

死亡した被保険者との続柄

電話番号

3. 振込先口座

銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄
口座番号	口座名義人		
	フリガナ		
	氏名		

委任状については相続申立人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。

【委任状】 相続人申立に伴う受領の権限を下記の者に委任します。

年 月 日

委任する人（申立人） 氏 名 ⑩

委任を受ける人（口座名義人） 住 所 〒

氏 名 ⑩

委任する人との関係

電話番号 — —

記入例
相続人申立書

平成 27年 4月 1日

被保険者証番号	12345678
死亡年月日	平成 27年 3月 5日
被保険者氏名	後期 太郎

相続人の代表者について記入してください。

※忘れずに押印してください。

参考:相続人とは、法定相続人では、

配偶者・子・孫・父母・祖父母・

兄弟姉妹・甥姪にあたる人を

言います。

新潟県後期高齢者医療広域連合長 宛

1. 被相続人

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

医療給付費(高齢者の確保に関する法律第56条)の申請、請求及び受領

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

2. 申立人 郵便番号 〒 950-0965

(相続人代表)

〒 950-0965 新潟市中央区新光町4番地1

申立人(相続人代表)の
口座情報を記入してくだ
さい。

後期 一郎 (印)

被保険者との続柄 子

長寿	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 労働金庫・農協	広域	本店 支店 出張所	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄			
口座番号			口座名義人					
0	1	2	3	4	5	6	フリガナ	コウキ イチロウ
							氏名	後期 一郎

電話番号 025-285-3222

3. 振込先口座

委任状については相続申立人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。

【委任状】相続人申立に伴う受領の権限を下記の者に委任します

【委任状】欄は相続人申立人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。

委任する人(申立人) 氏名 (印)

委任を受ける人(口座名義人) 住所 〒

氏名 (印)

委任する人との関係

電話番号 - -