（様式第1）

| 窓口に来られた方　氏名 | （続柄　　） | 連絡先 |
|---|---|---|

| 市町村受付印 |
|---|
| |

# 申　　立　　書

令和　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様
市　　町　　村　　長　　様

※太枠の中をご記入ください。

申　立　者
（相続人代表）

〒　　－

住　所

氏　名　　（被保険者との続柄：　　）

電　話　（　　）－　　－

私は、相続人代表として、下記の死亡した被保険者（被相続人）に係る給付について、後期高齢者医療給付費は熊本県後期高齢者医療広域連合長に対して、高額医療合算介護（予防）サービス費は市町村長に対して、申請及び受領を行うことを申し立てます。

なお、申請及び受領に関して、相続人間で異議が生じました場合、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って処理します。

相続放棄等の理由により支給要件に該当しなくなった場合は、相続放棄申述受理通知書を添えて申立書届出取下書を提出し、併せて保険給付金受領後だった場合、私は保険給付金を返還します。

| 死亡した被保険者（被相続人）の住所 | 死亡年月日<br>令和　　年　　月　　日 |
|---|---|
| 死亡した被保険者（被相続人）の氏名 | 被保険者番号 |

・該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は（）内に記載して下さい。

| 振込先 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>（　　） | 本店<br>支店<br>支所<br>（　　） | 預金種別 | 普通<br>当座<br>貯蓄 |
|---|---|---|---|---|
| 口座番号を右詰で記載して下さい | | | | |
| 口座名義人 | カタカナで記入してください。 | | | |

委任欄

**※申立者と口座名義人が異なる場合に記入してください。**

私に支払われます後期高齢者医療給付費及び高額医療合算介護（予防）サービス費について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。

（申　立　者）　氏名　　印

（委任される者）　〒　　－

住所

氏名　　（申立者との続柄：　　）

**給付関係通知書送付先　　・申立者宛て　　・委任される者宛て　（※選択が無い場合は申立者宛てに送付します）**

**（※介護保険に関する給付関係通知書の送付先については、別途、送付先を指定されている場合、そちらを優先することがあります）**

| 市町村確認欄 | ※申立者と死亡した被保険者の続柄を確認したものに☑をつけ、確認日を記入し、確認した人の印鑑を押してください。 | 担当者印 |
|---|---|---|
| □ 公簿等（住基、戸籍等当該市町村の保有する端末）により確認<br>□ 公的証明（戸籍謄本・戸籍抄本・住民票謄本）により確認<br>□ その他（　　）により確認 | 確認した日<br>（　　月　　日） | |

※市町村は、申立者を公簿等で確認した場合は、確認した旨を記載すること。

※市町村は、上記の公簿等で確認できない場合には、戸籍謄本、戸籍抄本、住民票謄本等の申立者と被相続人の続柄が分かるものの提出を求め、申立書に添付すること。また、提示があった場合は、写しを添付すること。