

特定医療費受領申立書

令和 年 月 日

岡山県知事 伊 原 木 隆 太 殿

令和 年 月 日付で、_____ が申請した
特定医療費の支給については、受給者が申請後に死亡したため、相続人である
私が、下記のとおり当該特定医療費を受領する旨、申し立てます。

なお、他の相続人から異議の申し出があったときは、私の責任において解決
し、岡山県には一切迷惑をかけないことを確約します。

記

1 相続人代表者

〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

受給者との続柄 _____

2 振込先金融機関

銀行 金庫
農協 信組 _____ 支店

普通預金 口座番号

--	--	--	--	--	--	--	--

口座名義（カナ） _____

名 義 人 _____ （上記1と同一人）

注 代理人の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証、有効期間内の健康保険証等）のコピーを併せて提出するか、保健所の窓口で原本を提示してください（コピーを取らせていただきます）。

健康保険証等の写しを提出する場合は、保険者番号及び被保険者記号・番号をマスキングの上、提出してください。

なお、必要に応じて、受給者との関係を確認できる書類等の提出を求めることがあります。