

上 申 書

年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

〒 _____
申立者 住 所
(相続人代表者)

氏 名 _____ 印

被保険者との関係(_____)

電話番号 _____

私は、 _____ 年 月 日に、相続人代表として、下記被相続人(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、請求及び受領を申し立てましたが、諸般の事情により当該申し立てを撤回します。

なお、他の相続人に対しましては、私(申立者)が責任を持って異議のないように処理し、徳島県後期高齢者医療広域連合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

(死亡した被保険者の住所)

_____ (死亡した被保険者の氏名)

(_____ 年 月 日死亡)

被保険者証番号(_____)

市町村受付時記載欄

| 市町村受付時記載欄 | | 担当者名 |
|-------------------------------|---|------|
| 本人確認書類 (郵送の場合は、写しを添付すること。) | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他(_____) | |