

国民健康保険医療給付費に係る申請及び受領に関する申立書

令和 年 月 日

(宛先) 加 賀 市 長

申立人(相続人代表) 住 所

氏 名 印

電話番号

死亡した受給者との続柄

私は、相続人代表として、下記被相続人(死亡した受給者)死亡後における、被相続人に
係る国民健康保険医療給付費の申請及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私(申立人)が責任を持って異義のないよう処理し、
加賀市に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被相続人 住 所
(死亡した受給者)
氏 名
生年月日 年 月 日
死亡年月日 年 月 日

振 込 先			
銀行名等	銀行・金庫・信組		本店
	農協・漁協		支店
フリガナ	口座番号	普 当	
口座名義人			