ウイルス肝炎医療費給付請求書に係る受領申立書

R6.4追加

令和　年　　月　　日

長野県○○保健所長　様

　　　　　　　　　　　　受給者氏名

代表相続人　　　　　　　印

受給者との続柄：

故　の特定医療費について、相続人を代表して次のとおり受領を申し立てます。また、事務手続きについての一切を引き受けると共に、本申立てについて問題が生じた場合は私が責任を持って処理し、貴職には一切のご迷惑をかけないことを誓約いたします。

　　　　　　（〒　　　－　　　　）

代表相続人　　住所

　　　　　　　氏名

振込口座　　　金融機関名　　　　　　　　　銀行　　　　　支店・支所

　　　　　　　預金口座の種別　　普通　　・　　当座

　　　　　　　口座番号

　　　　　　　（フリガナ）

　　　　　　　口座名義人

本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。

①　代表相続人が法定相続人の１人であることを証明できる書類

（住民票、戸籍謄本等）

②　死亡診断書の写し又は除籍謄本

③　その他（保健所長が必要と認める書類）