

ウイルス肝炎医療費給付請求書に係る受領申立書

令和 年 月 日

長野県〇〇保健所長 様

受給者氏名

代表相続人 \_\_\_\_\_ 印

受給者との続柄：

故 〇〇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)