

## 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

特定医療費（指定難病）受給者であった \_\_\_\_\_ に関する  
特定医療費の支給については、受給者が死亡したため、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

| 相続人代表者

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

受給者との続柄 \_\_\_\_\_

- 注 代理人の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証、有効期間内の資格確  
認書等）の写し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  
(写しを取らせていただきます)。
- 資格確認書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。