

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

Ⅰ 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、有効期間内の健康保
険証等）のコピー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
（コピーを取らせていただきます）。

健康保険証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。