

申 立 書

____年 ____月 ____日に死亡した(受給者氏名) _____の
特定医療(指定難病)医療給付に係る未受領額 _____円を、遺族
(相続人)の代表として請求いたします。

なお、私と同順位の遺族又は相続人は、私が上記金額を受領することに同
意していることを申立てるとともに、本件に関し、今後一切の責任を負うこ
とを誓約いたします。

群馬県知事 様

____年 ____月 ____日

請 求 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

受給者との続柄 _____

※受給者本人と請求書(相続人)の親族関係が確認できる書類(住民票や戸籍の写
しなど)を添えて本様式をご提出ください。