

申 立 書

被 相 続 人	被保険者番号								
	氏 名								
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日							

私は、相続人代表者として、上記被相続人に係る後期高齢者医療給付費の申請・受領並びに後期高齢者医療保険料の徴収・還付に関する書類の受領と金銭の授受、及びその他これらに付随する各種通知の受領を行うことを申し立てます。

よって、給付金及び保険料還付金については、下記口座への振込みをお願いします。

なお、この件について他の相続人と紛議が生じた場合、私が責任を持って処理することを申し添えます。

振 込 指 定 口 座	銀行・信用金庫 農協・( )		本 店・支 店 出張所・支 所		
	普 通	口 座 番 号			
口 座 名 義 人	(カタカナでお書きください)				

令和 年 月 日

〒 -

申立人（相続人代表者） 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

被相続人との続柄

埼玉県後期高齢者医療広域連合長  
さいたま市長

あて

事務処理欄	受付	賦課・徴収			給付		
死亡日	受付日	徴収方法	還付	送付先	口座	送付先	当月振込
年 月 日	/	普 特 併	有 無 保留 ( )	有 □ 無 □	障 入力 □	有 □ 無 □	有 □ 無 □