

申 立 書

被 相 続 人	被保険者番号	0	7	6	5	4	3	2	1
	氏 名	埼玉 太郎							
	生 年 月 日	明・大・昭 11年 11月 11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

①亡くなられた被保険者様の被保険者証、資格確認書または資格情報のお知らせに記載されている被保険者番号と氏名、生年月日を記入してください。

よって、給付金及び保険料速付金については、上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	埼玉	銀行・信用金庫 農協・()	さいたま	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) サイタマ イチロウ		

②必ず申請日を記入してください。

令和 6年12月 1日

〒 330-1234

申立人（相続人代表者）

住 所 さいたま市〇〇区■■町1丁目1番1号

③振込指定口座名義人と申立人は同一の方を指定してください。

氏 名 埼玉 一郎 印

電話番号 048-111-1111

被相続人との続柄 長男

④申立人による自署
の場合は押印不要

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 □