様式５－１

申　立　・　誓　約　書

令和　○○年　○○月　○○日

栃木県後期高齢者医療広域連合長　あて

申立者（相続人代表者）〒　３２０　―　００３２

住　　所　　宇都宮市本町３－９

氏　　名（フリガナ）　後期（コウキ）　花子（ハナコ）

死亡した被保険者との続柄　　妻

電話番号　　○○○-○○○-○○○○

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第５６条）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。また、支給の際には下記の口座へ振込まれるよう依頼します。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理し、栃木県後期高齢者医療広域連合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

●被相続人（死亡した被保険者）

保険者番号	3	9	0	9	○	○	○	○
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7

住　　所	宇都宮市本町３－９
氏　　名	後期　太郎
死亡年月日	○○年　○○月　○○日

●振込先

広域	銀行（○） 信金 信組 農協	本町	本店 支店（○） 出張所 支所	金融機関コード	○	○	○	○	△	△	△	
				種別	普通（○）　当座　貯蓄							
				口座番号	0	1	2	3	4	5	6	
				口座名義人（カタカナ）	コ	ウ	キ		ハ	ナ	コ	

受付時欄	□　本人確認（申請時） 確認書類〔　　〕	担当者印

様式変更日　R3.4.1