

申 立 ・ 誓 約 書

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）〒 _____

住 所 _____

フリ ガナ
氏 名 _____

死亡した被保険者との続柄 _____

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 | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | |
| 死 亡 年 月 日 | | | | 年 | | 月 | | 日 |

●振込先

| | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------|---------------------|----|----|----|--|--|--|--|
| 銀行 信金 信組 農協 | 本店 | 金融機関コード | | | | | | | |
| | | 種 別 | 普通 | 当座 | 貯蓄 | | | | |
| | 支店 | 口 座 番 号 | | | | | | | |
| | 出張所 支所 | 口 座 名 義 人 (カタカナ) | | | | | | | |

| | | |
|----------------|------------------------------------|------|
| 受使 付用 時欄 | <input type="checkbox"/> 本人確認（申請時） | 担当者印 |
| | 確認書類 [_____] | |