様式５－１

申 立 ・ 誓 約 書

栃木県後期高齢者医療広域連合長 あて

# 年 月 日

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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 名 義 人（カタカナ）  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使　用　欄受　付　時 | □ 本人確認（ 申請時）確認書類〔 〕 | 担当者印 |
|  |

様式変更日 R3.4 .1