申　立　・　誓　約　書

平成　　年　　月　　日

栃木県後期高齢者医療広域連合長　様

申立者　　〒　　－

（相続人代表者）　住　所

氏　名　　印

死亡した被保険者との続柄

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	平成　　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	1．普通　2．当座
		口座番号	
		口座名義人（カタカナ）	

受使付用時欄	□　本人確認（申請時） 確認書類〔　　〕	担当者印