

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）〒 3 2 0 — 0 0 3 2

住 所 宇都宮市本町 3 - 9

フリ ガナ コウキ ハナコ
氏 名 後期 花子後
期

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 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	0	1	2	3	4	5	6	
		口 座 名 義 人 (カタカナ)	コ	ウ	キ		ハ	ナ	コ	

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