

## 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 \_\_\_\_\_ (印)

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、一切迷惑をかける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 出張所 支所	口 座 番 号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
		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 [ _____ ]	