

申 立 ・ 誓 約 書

〇〇年〇〇月〇〇日

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）〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇

住 所 宇都宮市旭〇丁目〇番〇号

フリ ガナ カツノミヤ ハナコ
氏 名 宇都宮 花子

死亡した被保険者との続柄 妻

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	2	0	1	0
被 保 険 者 番 号	0	1	2	3	4	5	6	7
住 所	宇都宮市旭〇丁目〇番〇号							
氏 名	宇都宮 太郎							
死 亡 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日							

●振込先

〇〇 銀行 信金 信組 農協	本店 〇〇 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)	ウ	ツ	ノ	ミ	ヤ	ハ	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 []	