

## 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 様  
足 利 市 長 様

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、受領、及び後期高齢者医療保険料還付金の請求、受領、並びに各種通知の受領を行うことを申し立てます。また、給付費等の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及び足利市に対して、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	2	8
被 保 険 者 番 号								
住 所								
氏 名								
死 亡 年 月 日	令 和	年	月	日				

## ●振込先

銀行	本店	金融機関コード							
		種 別	1. 普通	2. 当座					
信金	支店	口 座 番 号							
信組	出張所	口 座 名 義 人							
農協	支所	(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 [ _____ ]	