

## 申立・誓約書

記入例

令和〇年〇月〇日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様  
足利市長 様

この届出書を提出する日をご記入ください

申立者 〒 326 - 0808

(相続人代表者) 住所 足利市本城3丁目2145番地

氏名 オリヒメ ハナコ  
織姫 花子

死亡した被保険者との続柄 長女

電話番号 0284 - 20 - 2184

押印不要  
です

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	0	0	0	1	2	3	4	5
住所	足利市本城3丁目2145番地							
氏名	足利 太郎							
死亡年月日	令和 4 年 3 月 25 日							

保険証の「被保険者番号」をご記入ください

## ●振込先

長寿 銀行 信金 信組 農協	本店 足利 支店 出張所 支所	金融機関コード	1	2	3	4	5	6	7		
		種別	1. 普通	2. 当座							
		口座番号	0	0	0	9	8	7	6		
		口座名義人 (カタカナ)	オリヒメ	ハナコ							

受使  
付用  
時欄 本人確認（申請時）

確認書類 [ ]

担当者印

○高額療養費等の受取りに関する手続きです。保険料について納付書が届く場合があります。

○申立者は相続人代表者です。

○振込先は申立者の口座情報をご記入ください。

※なお、この申立・誓約書による後期高齢者医療給付費は相続財産に該当します。予めご了承ください。

※また、申請の際、本人確認をいたしますので、本人確認のできるもの（運転免許証、健康保険証など）をご持参ください。