申　立　書

被保険者番号	

故＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿にかかる後期高齢者医療給付については、相続人を代表して私が受領いたしますので、下記口座へ振込みをお願いします。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じても私が責任を持って処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

<table>
<tr><td rowspan="4">振込指定口座</td><td colspan="2">銀　行
信用金庫
農　協
(　　)</td><td colspan="7">本　店
支　店
出張所
支　所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">種　別</td><td rowspan="2">普　通
当　座
貯　蓄</td><td colspan="7">口　座　番　号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">口 座 名 義 人</td><td colspan="7">(フリガナ)</td></tr>
</table>

令和　　年　　月　　日

□□□-□□□□

申立人（相続人代表）　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被相続人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　宛