

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。

振 込 指 定 口 座			銀 行				本 店
			信用金庫				支 店
			農 協				出張所
			()				支 所
種 別	普 通 当 座 貯 蓄	口 座 番 号					
口 座 名 義 人		(フリガナ)					

令和 年 月 日

□□□-□□□□

申立人（相続人代表） 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

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