

# 申 立 書

故 \_\_\_\_\_ にかかる後期高齢者医療給付および後期高齢者医療保険料還付金については、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 信用金庫 農 協 ( )					本 店 支 店 出張所 支 所
	種 別	普 通 当 座 貯 蓄	口 座 番 号					
			(フリガナ)					
	口 座 名 義 人							

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 \_\_\_\_\_

**【支給決定通知書について】**

- 上記の相続人へ送付願います。
- 下記の相続人へ送付願います。

[ 住所： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ ]

埼玉県後期高齢者医療広域連合長      あて

鶴ヶ島市長      あて