

# 申 立 ・ 誓 約 書

平成 年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様  
宇 都 宮 市 長 様

申立者 千 一

(相続人代表者) 住 所

氏 名 印

死亡した被保険者との続柄

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宇都宮市に対して、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			
被 保 険 者 番 号				
住 所				
氏 名				
死 亡 年 月 日	平成	年	月	日

## ●振込先

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