

申立・誓約書

平成〇〇年 〇月 〇〇日

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 〒320-8540

(相続人代表者) 住所 宇都宮市旭1丁目1番5号

氏名 宇都宮 花子



死亡した被保険者との続柄 妻

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 2 0 1 0
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
住所	宇都宮市旭1丁目1番5号
氏名	宇都宮 太郎
死亡年月日	平成〇〇年 〇月 〇〇日

●振込先

宇都宮銀行 信金 信組 農協	後期本店	金融機関コード	
	支店	種別	1. 普通 2. 当座
	出張所	口座番号	1 2 3 4 5
	支所	口座名義人 (カタカナ)	ウツノミヤ ハナコ

受使 付用 時欄	<input type="checkbox"/> 本人確認(申請時)	担当者印
	確認書類 []	