（あて先）
埼玉県後期高齢者医療広域連合長
戸田市長

申立書

被相続人	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日

相続人を代表して、上記被相続人に係る後期高齢者医療給付費の申請・受領並びに後期高齢者医療保険料還付に関する書類の受領と金銭の授受、及びその他これらに付随する各種通知の受領を行うことを申し立てます。

よって、給付金及び保険料還付金については、下記口座への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 （店番　　）								
	種別	普　通 当　座 （　　）				口座番号												
	口座名義人					（フリガナ）												
ゆうちょ銀行	記号	1				0	－		番号									

※ゆうちょ銀行へのお振込みを希望される方は、口座情報と併せて、「記号」・「番号」をご記入ください。

令和　　年　　月　　日

〒

申立人（相続人代表）　住　　所

氏　　名　　㊞

※申立人による自署の場合は押印不要

電話番号

被相続人との関係

【市役所記入欄】

保険料			給付			入力
申立人	資格喪失日	還付決議日	口座	高額	送付先	
1　配偶者 2　子 3（　　）	令和　　年 月　　日		□ 入力 □ 確認	当月　有・無 来月　有・無 □ 確認	□ 入力 □ 確認	確認
被保険者番号						