**申　　立　　書**

**故＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿にかかる後期高齢者医療給付・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、下記口座へ振り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もって処理し、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** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **口　座　名　義　人** | **（フリガナ）** |
|  |

**年　　　月　　　日**

**申立人（相続人代表）　住　　所**

**氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞**

**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　あて**