

申 立 書

故_____にかかると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