

申 立 書

故 _____ にかかる後期高齢者医療給付及び保険料については、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 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)				

令和 年 月 日

〒

申立人（相続人代表） 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

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

役場使用欄

被保番		氏名		生年月日	
-----	--	----	--	------	--