

申 立 書

年 月 日

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長
(〒 -)

申 立 者 住 所 _____
(相続人代表者) 氏 名 _____ (印)
電話番号 _____
被相続人からみた続柄 _____

私は、下記被相続人の相続人代表者として、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付の受領を行うことを申し立てます。
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置いたします。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	死 亡 年 月 日	年 月 日

上記支払いについて、下記の口座に振り込んで下さい。

振込先金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合						本店 支店・出張所		
	コード								
預金種目	普通預金 当座預金	口座番号 (左詰で記載)							
口座名義人 (カタカナ)									

※相続人代表者の口座に振り込みをする場合は、公金受取口座を利用することはできませんので、口座情報を必ずご記入ください。