

申立書

故 _____ にかかる後期高齢者医療給付・後期高齢者保険料還付・高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）給付については、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） 郵便番号 ()

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
富士見市長 あて