

年 月 日

後期高齢者医療給付受領申請書

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

〒
 申請者 住所 _____
 (相続人代表者) 氏名 _____
 連絡先 _____
 死亡した被保険者からみた続柄 _____

私は、相続人代表者として、次の被相続人の死亡にともない、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ために申請し、給付に係る帳票等の送付先を申請者宛に変更します。

なお、後期高齢者医療給付の受領にあたっては他の相続人と協議の上、申請者が本件の代表者となりましたので、申請及び受領後は責任をもって異議のないようにいたします。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	
	氏名	
	住所	
	死亡年月日	

振込み口座

振込先	金融機関名				店舗名			
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				本店 支店・支所 出張所			
	金融機関 コード				店舗 コード			
預金種目	普通預金 当座預金	口座番号						
口座名義人 (フリガナ)								
備考欄								

記入例

令和〇年 〇月 〇日

後期高齢者医療給付受領申請書

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

〒311-3512

申請者
(相続人代表者)

住所 行方市玉造甲404

氏名 行方 一郎

連絡先 0299-55-0111

死亡した被保険者からみた続柄 子

私は、相続人代表者として、次の被相続人の死亡にともない、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ために申請し、給付に係る帳票等の送付先を申請者宛に変更します。

なお、後期高齢者医療給付の受領にあたっては他の相続人と協議の上、申請者が本件の代表者となりましたので、申請及び受領後は責任をもって異議のないようにいたします。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	01234567
	氏名	行方 太郎
	住所	行方市玉造甲404
	死亡年月日	令和〇年 〇月 〇日

振込み口座

振込先	金融機関名	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合							店舗名	△△ 本店 支店・支所 出張所							
	金融機関コード	/							店舗コード	/							
預金種目	普通預金 当座預金	口座番号	1	2	3	4	5	6	7								
口座名義人 (フリガナ)	ナ メ カ ッ タ イ チ コ ウ																
備考欄																	