

記入日

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

高額介護合算療養費等支給申請書の申請者と同じ方が申請してください。

〒 (例) **311-3512**
住所 (例) **行方市玉造甲 404 番地**
氏名 (例) **行方 花子**
連絡先 (例) **0299-55-0111**
死亡した被保険者からみた続柄 (例) **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

亡くなった方の名前や住所等が間違っていないかご確認ください。

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 番地
	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 (例) ○○ 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	店舗名 (例) △△ 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 (例) 0 1 2 3 4 5 6
口座名義人 (フリガナ)	ト メ カ タ ハ ナ コ	<small>一マス開ける</small>

備考欄

高額介護合算療養費等支給申請書の振込先と同じ振込先を記入してください。