

令和 年 月 日

後期高齢者医療給付受領申請書

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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
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	令和 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									

記入要領

平成〇年〇月〇日  
(記入した日)

後期高齢者医療給付受領申請書

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

朱肉を使用する印鑑で  
押印をお願いします  
(シャチハタ等不可)

申請者 住所 行方市〇〇 △△番地  
(相続人代表者) 氏名 行方花子 印  
連絡先 〇〇-〇〇〇〇 (電話番号)  
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 行方太郎 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	行方市〇〇 △△番地
	死亡年月日	平成〇年〇月〇日

振込み口座

振込先	金融機関名	店舗名
	〇 〇 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	△ △ 本店 支店 支所
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	行方花子	
(フリガナ)	ナメガタ ハナコ	
備考欄		

ゆうちょ銀行へのお振込みを希望の場合は、通帳を1枚開いた下段「他金融機関からの振込の受取口座」の店名(3桁の数字)・預金種目・口座番号(7桁の数字)を記入してください。

口座番号が7桁でないときは、「0」を頭につけてください。

申請者(相続人代表者)となる方のお振込み先情報を記入してください。  
申請者(相続人代表者)の方以外の口座に振込みする場合は、委任状が必要となります。

- \* 誤字等の訂正は、二重線等で見え消しのうえ、訂正印をお願いします。
- \* 金融機関名、口座番号、名義人等は正しく記入し、再度確認をお願いします。