

後期高齢者医療 送付先及び支払先申立書

令和 年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて
所沢市長 あて

高齢者の医療の確保に関する法律による医療給付及び後期高齢者医療保険料について、相続人代表者として、関係書類の送付先及び支払先を下記のとおり届出ます。なお、この件について他の相続人と紛議が生じても相続人代表者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。

※ 後期高齢者医療保険料の未納がある場合、相続人代表者に納付書をお送りします。

■被保険者（亡くなられた方）

氏 名		被保険者番号	
-----	--	--------	--

■相続人代表者（自署以外の場合は、認印を押印してください）

氏 名		認印
-----	--	----

■相続人送付先

氏 名			
住 所	〒		
被保険者との関係		電 話 番 号	

■相続人支払先

氏 名													
振 込 先 金 融 機 関							銀 行 信 用 金 庫 ()					本 店 支 店 ()	
預 金 種 別	1.普通 2.当座 3.その他()						口 座 番 号 (左詰めで記入)						
口 座 名 義 人 (カタカナで記入)													

※ 相続人代表者と送付先や支払先が異なる場合は、記載してある方に委任したとみなします。

※ 既に「後期高齢者医療保険料還付金口座振込依頼書」が提出されている場合は、後期高齢者医療保険料について、そちらの口座を優先します。