

# 後期高齢者医療 送付先及び支払先申立書

記入例

令和 7 年 12 月 3 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて  
所沢市長 あて

記入日を記入。

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

亡くなられた方の氏名を記入。

資格確認書等に記載されている  
被保険者番号を記入。

※ 後期高齢者医療保険料の滞りなく納付のため、相続人代表者に

■被保険者（亡くなられた方）

氏 名	後期 太郎	被保険者番号	09900100
-----	-------	--------	----------

■相続人代表者（認印を押印してください）

氏 名	後期 次郎	後期
-----	-------	----

相続人代表者の氏名を記入。

■相続人送付先

氏 名	同上			自署の場合は押印不要。 自署以外の場合は、相続人 表者の認印を押印。
住 所	〒359－0042 所沢市並木1－1－1			
被保険者との関係	長男	電 話 番 号	04－298－9218	

自署の場合は押印不要。  
自署以外の場合は、相続人代表者の認印を押印。

■相続人支払先

氏 名	同上										連絡のとれる電話番号を記入													
振込先 金融機関	所 沢										銀 行 信用金庫 ( )		所 沢										本 店 支 店 ( )	
預金種別	1.普通					2.当座					口座番号 (左詰めで記入)		1	2	3		6	7						
口座名義人 (カタカナで記入)	コ ウ キ シ ャ ロ ウ																							

ゆうちょ銀行の場合は店番を記入。

口座名義人は必ずカタカナで記入。

相続人の住所、死亡者との続柄、日中連絡のとれる電話番号を記入。

口座名義人は必ずカタカナで記入。

※ 相続人代表者と送付先や支払先が異なる場合は、送付先と支払先を別々に記入してください。

※ 既に「後期高齢者医療保険料還付金口座振込」の口座を指定している場合は、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。