

後期高齢者医療 支払先及び送付先申立書

記入例

令和 7 年 3 月 9 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、保険料還付金の支払先及び送付先として下記の住所を記載する。この件に
ても相続人代表 亡くなられた方の氏名を記入。 の責任
資格確認書等に記載されている被保険者番号を記入。

■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
----	-------	----

相続人の氏名を記入。

■相続人送付先

氏名	同上	相続人の認印を押印。	
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	04-29-9218

■相続人支払先

氏名	同上									
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	4	5	6	7
口座名義人 (カタカナで記入)	コ	ウ	キ	シ	、	ロ	ウ			

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。
濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あける。

※ 相続人代表者と送付先や支払先を記載するに同意したものとみなします。