

# 後期高齢者医療 支払先及び送付先申立書

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、保険料還付金の支払先及び送付先として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。

## ■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（認印を押印してください）

|    |  |   |
|----|--|---|
| 氏名 |  | 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<br>金融機関        |          |  |      |  | 銀行<br>信用金庫<br>( ) |  |  |  | 本店<br>( ) |  |  |
| 預金種別               | 1.普通     |  | 2.当座 |  | 口座番号<br>(左詰めで記入)  |  |  |  |           |  |  |
|                    | 3.その他( ) |  |      |  |                   |  |  |  |           |  |  |
| 口座名義人<br>(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。