生存中に掛かった医療費について支給がある場合には、下記指定口座に振込をいたします。

申 立 書

故＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿にかかる後期高齢者医療給付については、相続人を代表して私が受領いたしますので、下記口座へ振込みをお願いします。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じても私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。

<table>
<tr><td>死亡者
被保険者番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>死亡者氏名</td><td colspan="2"></td><td>死亡者
生年月日</td><td colspan="2">大正
昭和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込先指定口座</td><td colspan="3">銀　行
信用金庫
農　協
（　　）</td><td colspan="2">本　店
支　店
出張所
支　所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">種　別</td><td>普　通
当　座
貯　蓄</td><td colspan="4">口　座　番　号</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">口　座　名　義　人</td><td colspan="4">（フリガナ）</td></tr>
</table>

令和　　年　　月　　日

申立人（相続人代表）　住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号

被相続人との続柄

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　宛

<table>
<tr><td colspan="7">高齢・障害医療課　記入欄</td></tr>
<tr><td rowspan="2">口　座</td><td>入　力</td><td></td><td rowspan="2">高　額</td><td>受　付</td><td></td><td>□　□
□　□
□　□
□　□
□　□</td></tr>
<tr><td>エラー</td><td>無　・　有
（　　）月分</td><td>支　給</td><td>無　・　有</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>