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

記入例

死亡者の氏名を記入

故　川越　太郎　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。

死亡者の被保険者番号、氏名、生年月日を記入

死亡者 被保険者番号	１２３４５６７８		
死亡者氏名	川越　太郎	死亡者 生年月日	大正 昭和　○年　○月　○日

振込先指定口座	○　○　○	銀行 信用金庫 農協 （　　）	○　○	本店 支店 出張所 支所				
	種別	普通 当座 貯蓄	口座番号					
			0	0	0	0	0	0	1
	口座名義人	（フリガナ）サイタマ　ハナコ 埼玉　花子						

申立人（相続人代表）名義の口座を記入

申立日を記入　令和　○年　○月　○日

申立人（相続人代表）	住所	川越市○○○４－５－６
	氏名	埼玉　花子　埼玉印
	電話番号	○○○－○○○○－○○○○
	被相続人との続柄	長　女

申立人（相続人代表）の住所、氏名、電話番号、被相続人との続柄を記入

申立人が自署した場合は押印不要。
自署以外の場合は押印（認印可）してください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　宛

高齢・障害医療課　記入欄							
口座	入力		高額	受付		□	□
	エラー	無・有 （				□	□
						□	□
備考						□	□
						□	□

こちらは何も記入しないでください。