

年 月 日

後期高齢者医療制度 相続人代表者届兼申請（請求） 申出書

後期高齢者医療広域連合長 宛

あきる野市長 宛

相続人代表者

(〒 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ (印) 被保険者との続柄

電 話 _____ 夫・妻・子・その他 (_____)

私は、相続人を代表して、被保険者（故人）に係る後期高齢者医療給付費及び後期高齢者医療保険料の還付金等の申請、請求及び受領を行うことを申し出ます。

なお、本申出に関して問題が生じた場合には、私が責任を持って処理し、東京都後期高齢者医療広域連合及びあきる野市に一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被保険者 (故人)	被保険者番号						死亡年月日 年 月 日
	住 所						
	氏 名						
振込先 ※相続人代 表者に限る	金 融 機 関 名						
	銀 行			本 店			
	信 用 金 庫			支 店			
農 業 協 同 組 合			出 張 所				
信 用 組 合							
労 働 金 庫							
預 金 種 目	口 座 番 号					口座名義 (カタカナ)	
普 通・当 座 その他 ()							

※ ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込み用に読替えるため、振込み用の口座がわからない場合には、通帳をご持参いただくか、通帳の記号・番号が記載されている箇所のコピーを添付または、余白に記号・番号をそのまま（振込用でないものを）記載しておいてください。