

〈記入例〉

亡くなった被保険者様宛の医療費にかかる給付金を相続人代表者の方に受領していただくための申請書となります。今後給付金が発生した場合、今回登録した口座に振込となります。

記入日

年 月 日

後期高齢者医療給付受領申請書

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

「申請者」は「口座名義人」の方と同一となります。

申請者は、法定相続人の方に限ります。

続柄は必ず御記入ください。

(例)長男, 夫, 孫

住所 ○○○○○○○○○○○

氏名 茨城 太郎

連絡先 日中につながる電話番号

死亡した被保険者からみた続柄 ○○

私は、相続人代表者として、次の被相続人の死亡にともない、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付の受領を行うために申請し、給付に係る帳票等の送付先を申請者宛に変更します。

なお、後期高齢者医療給付の受領にあたっては他の相続人と協議の上、申請者が本件の代表者となりましたので、申請及び受領後は責任をもって異議のないようにいたします。

《訂正の仕方》

申請書の記入事項を訂正するときは、二重取り消し線を引いてください。

修正液での訂正は認められませんので御注意ください。

○○○○○○○○

○○ ○○

水戸市中央 1-4-1

死亡年月日

令和○年○○月○日

振込み口座

振込先	金融機関名		店舗名							
	○○		銀行	△△			本店			
			信用金庫				支店			
			信用組合				出張所			
			協同組合							
	金融機関コード		店舗コード							
預金種目	普通預金	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
口座名義人 (フリガナ)	イ ハ ` ラ キ タ ロ ウ									

備考欄

申請者の方の口座を御記入ください。

※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名(漢数字3桁)」「預金種目」「口座番号(7桁)」を御記入ください。