後期高齢者医療給付受領申請書

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

	〒
申 請 者	住
(相続人代表者)	氏 名
	連絡先
	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。

	被保険者番号	
被保険者	氏名	
(被相続人)	住所	
	死亡年月日	

振込み口座

長込み口座											
振込先	金融機関名 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合					店舗名 本 店 支店・支所 出 張 所					
	金融機コード						店舗 コード				
預金種目	普通預金 当座預金		口座番	号							
口座名義人 (フリガナ)											
備考欄											

後期高齢者医療葬祭費受領申請書

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

	〒
申 請 者	住
(相続人代表者)	氏 名
	連絡先
	死亡した葬祭費支給申請者からみた続柄

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、茨城県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第2条に基づいて支給される葬祭費の受領を行うために申請します。

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。

葬祭費支給の対象となる被保険者氏名		
申請者	氏名	
(被相続人)	住所	
	死亡年月日	

振込み口座

長込み口座											
振込先	金融機関名 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合					店舗名 本 店 支店・支所 出 張 所					
	金融機関 コード					店舗 コード					
預金種目	普通預金 当座預金										
口座名義人 (フリガナ)									***************************************		
備考欄											