

申立書 兼 振込先口座変更依頼書

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は、相続人代表者として、下記被相続人に係る後期高齢者医療給付費の支給申請、請求及び受領を行うことを申し立て、下記のとおり、振込先口座の変更を依頼します。

なお、本申立に関して問題が生じた場合は、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に一切ご迷惑をかけないことを申し添えます。

記

被相続人（亡くなられた被保険者）

（〒 — ）

住 所 _____

氏 名 _____（ _____ 年 _____ 月 _____ 日死亡）

被保険者番号（ _____ ）

振込先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合				本 店 支 店 出張所				預金種別 1. 普通 2. 当座
	口座番号								
ゆうちょ銀行	記号（5桁）				番号（8桁）				
口座名義人 （カタカナ）									

※ 口座名義人はカタカナで通帳に記載されているカナとおりに上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

申立者（相続人代表者） 兼 申請者

_____ 年 _____ 月 _____ 日

（〒 — ）

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩ 被相続人との続柄（ _____ ）

電話番号（ _____ ）

代理人による申し立ての場合****
相続人代表者より委任された代理人による申し立ての場合は、相続人代表者の住所、氏名の他、代理人の氏名（代理人〇〇〇〇）電話番号を記載し、押印してください。（委任状を添付）

** 申請者以外の方の口座を指定する場合は、裏面も記入してください。 **

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住 所 _____

氏 名 _____ 委任者との関係 (_____)

を代理人（受任者）と定め、後期高齢者医療給付費の受領に関する権限を委任します。

委任者 _____ 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 (_____) _____