

富山県後期高齢者医療 申立誓約書兼口座変更届出書

○死亡された被保険者について

保険者番号	3	9	1	6	被保険者番号	0							
被保険者氏名													
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男	・	女					
死亡年月日	平成	年	月	日									

○変更する振込先口座

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()				本店 支店 出張所		
	金融機関コード				店舗コード		
預金種目	普通・当座・貯蓄				<ul style="list-style-type: none"> ・口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し姓と名の間は1字空けてください。 		
口座番号							
口座名義人 (カタカナ)							

- ・該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。
- ・網掛けの中の記載は不要です。

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療 [高額療養費 ・ 療養費 ・ 葬祭費] の振込先口座の変更を依頼します。

なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

また、死亡した被保険者に係る後期高齢者医療給付（高齢者の医療の確保に関する法律第 56 条）について、富山県後期高齢者医療広域連合より支給される療養費等の申請、請求及び受領に関する一切を相続人を代表して行うことを申し立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

平成 年 月 日

〒

申立者 住所 _____
(※相続人代表者)

氏名 _____ 印

被保険者との続柄 配偶者・子・その他 ()

電話番号 _____ ()

※相続人とは、法定相続人になります。
 法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなられている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹（亡くなられている場合は、その子）になります。