

申立書

令和 年 月 日

柏崎市長 様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 様 (該当者のみ)

1. 被相続人

死亡年月日	令和 年 月 日
被保険者氏名	

私は、相続人代表等(注)として、上記被相続人(死亡した被保険者)死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費(高齢者の医療の確保に関する法律第56条)、介護保険給付費(介護保険法第18条)、後期高齢者医療保険料還付金及び介護保険料還付金の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人は、私(申立人)がこの申立書を提出することについて異議がないことを申し添えます。

(注) 相続人代表等とは、相続人代表者、遺言執行者及び相続財産管理人等が該当します。

2. 申立人 (相続人代表等)

郵便番号 〒

住 所

(フリガナ)

氏 名 (印) (自署の場合は押印不要)

死亡した被保険者との続柄

電話番号

3. 振込先口座

銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	本店 支店 出張所	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄
口座番号	口座名義人		
	フリガナ 氏名		

委任状については申立人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。

【委任状】 申立に伴う受領の権限を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

委任する人(申立人) 氏 名 (印)

(自署の場合は押印不要)

委任を受ける人(口座名義人) 〒

住 所

氏 名

委任する人との関係

電話番号

※市町村記入欄

介護被保険者番号		後期被保険者番号		入 力		確 認	
----------	--	----------	--	--------	--	--------	--