

後期高齢者医療給付費振込先口座変更申請書
(相続人申立用)

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

給付の種類 (いずれか一つにレ点)

- 高額療養費
- 高額外来年間合算
- 療養費
- 高額介護合算療養費

- 葬祭費
喪主住所

喪主氏名

保険者番号

被保険者番号

被保険者氏名

〒

住所

申請者
(申立人)

氏名

印

電話

続柄

私は、上記被保険者又は喪主の相続人であり、当該給付費については、他の相続人から代表者として選任されていることを申し立てるとともに、当該給付費の振込先を下記の口座に変更します。

なお、当該給付費については私の責任において受領し、神奈川県後期高齢者医療広域連合に一切迷惑をかけないことを誓約します。

変更後の振込先口座

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 出張所 支所	種目	口座番号															
			1. 普通																
	金融機関コード	支店コード	フリガナ																
			口座名義人																

申請者と口座名義人が異なる場合は下記も記入

委任状	私は、次の者に給付費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者 (口座名義人) 住所	委任者 (申請者) 住所
	氏名	氏名 印

これより下は記入しないでください

※ 処理欄 (市区町村窓口確認欄)

【備考】

【添付書類】 (レ点を付ける)

戸籍謄本 住民票

その他 ()

公簿等確認により省略

【送付先変更の確認】 (どちらかを○で囲む)

1. 申請済み 2. 不要

※広域連合処理欄

入力

確認

受付印