

# 申立書

故 \_\_\_\_\_ (生年月日 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 被保険者番号 \_\_\_\_\_ )  
にかかる医療給付については、相続人を代表して私が受領いたしますので、下記  
口座へ振込みをお願いします。

また、今後は、被相続人あての国民健康保険に関する通知(収納課の通知を含む)  
を、私あてに送付することに同意します。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じても私が責任を持って処理し、  
一切の責任を負うことを申し添えます。

振 込 指 定 口 座			銀 行 信用金庫 農 協 ( )					本 店 支 店 出張所 ( )
	種 別	普 通 当 座 貯 蓄	口 座 番 号					
	口 座 名 義 人		(フリガナ)					

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申立人 (相続人代表) \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

久 喜 市 長 あて