

後期高齢者医療給付費に関する申請及び受領に関する申立書

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

申立人

〒

住所

氏名

印

電話番号

続柄

私は、【氏名 (生年月日 M・T・S 年 月 日)】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。

----- 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)

【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

【備考】

受 付 印