

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

捨印

印

申請書と同じ印鑑

電話番号

氏名

印

申請書と同じ印鑑

続柄

私は、【氏名 (生年月日 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は一切迷惑をかけないことを誓約します。

※処理欄

【添付書類】

戸籍謄本 住民票 その他 ()

公簿等確認により省略

【備考】

受 付 印

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。