受 付 印

誓約書兼振込口座届

年　　月　　日

長野県後期高齢者医療広域連合長　宛
市町村長　宛

〒

住　　所

届出者（誓約者）　氏　　名
（ 相　続　人 ）

被保険者との続柄

連 絡 先

下記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付の受領権利を私が承継いたしましたので、医療給付の振込先口座を以下のとおりとしてください。また、後期高齢者医療に関する保険料の還付が発生した場合には、保険料還付の受領権利についても私が承継いたしましたので、同口座を振込先としてください。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。

保険者番号		３	９	２	０			
被保険者欄	被保険者番号							
	住　　所							
	氏　　名							
	生年月日							
	死 亡 日	年　　月　　日						

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（　）内に記載してください。

振込先	銀　　行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　　）	本店・支店 本所・支店 （　　　）	預金種別	普通 当座 （　　）

口座番号																			
口座名義人 （カタカナ）																			

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

市町村 処理欄	受付		入力							

（裏面）

※振込口座の名義人が、該当する書類の申請者（届出者）と異なる場合は記入して下さい。

委　任　状

年　　月　　日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

申請者または届出者（委任者）住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　印

連絡先

※該当する書類の申請者または届出者（葬祭費・誓約書を除き被保険者）の住所氏名を記入します。

次の者を代理人と定め、後期高齢者医療に関する以下の権限を委任します。
（委任する項目にチェック☑をして下さい。）

- □　高額療養費の受領
- □　療養費の受領
- □　食事・生活療養費差額の受領
- □　高額介護合算療養費の受領
- □　葬祭費の受領
- □　保険料の還付
- □　その他（　　　　　　　　）

代理人（受任者）　住　所

氏　名

連絡先

※振込口座の名義人の住所氏名を記入します。