

誓約書兼振込口座届

受付印

令和5年4月1日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて
市町村長あて

〒000-0000

住所 長野県広域市広域連合1番地

届出者(誓約者) 氏名 後期 一子
(相続人)

被保険者との続柄 妻

連絡先 000-000-0000

原則、振込先口座は届出者(誓約者)の口座としてください。

振込先口座が届出者(誓約者)の口座でない場合は委任状が必要となります。

三親等以外の方が誓約者(相続人)となる場合は、必要書類の写しを添付してください。

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	0	0	9	9
被保険者番号	11111111							
住所	長野県広域市広域連合1番地							
氏名	後期 一郎							
生年月日	昭和16年 4月 1日							
死亡日	令和5年 3月 20日							

振込を希望する口座を記入してください。

振込先	〇〇	銀行	信用金庫	××	本店・支店	預金種別	普通
		信用組合			本所・支所		当座
		協同組合			()		()
口座番号	9	9	9	9	9	9	
口座名義人(カタカナ)	コ	ウ	キ	イ	チ	コ	

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

濁点、半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。