

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 様

住 所

届出者（誓約者）
（ 相 続 人 ）

氏 名

印

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。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店						預 金 種 別	普 通 当 座 そ の 他
		支店・支所							
口座番号等									
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詰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					
------------	--------	--	--------	--	--	--	--	--