

申立書

故 _____ (生年月日 _____ ・ _____ 被保険者番号 _____)
にかかる医療給付については、相続人を代表して私が受領いたしますので、下記
口座へ振込みをお願いします。

また、今後は、被相続人あての通知を、私あてに送付することに同意します。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じても私が責任を持って処理し、
一切の責任を負うことを申し添えます。

振 込 指 定 口 座			銀 行 信用金庫 農 協 (_____)					本 店 支 店 出張所 (_____)
	種 別	普 通 当 座 貯 蓄	口 座 番 号					
	口 座 名 義 人		(フリガナ)					

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申立人 (相続人代表) _____ 住 所 _____

_____ 氏 名 _____ (印)

_____ 電話番号 _____

_____ 被相続人との続柄 _____

久 喜 市 長 あて