後期(市用)

**後期高齢者医療保険料等申立書**

令和　　　年　　　月　　　日

　（あて先）合志市長

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立者  (相続人代表) | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | 印 |
| 電話 | ()－ | | | |
| 死亡した受給者との続柄 | | |  |  | |

　後期高齢者医療保険料の過誤納金等については、被保険者本人が死亡しておりますので、上記の申立者が申請及び受領を行うことを申し立てます。

　年金保険者への手続きを怠る等により、年金保険者から市へ保険料返還の通知があった場合は、速やかに返還することをお約束します。

　なお、申請及び受領に関して、相続人間で異議が生じました場合、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って処理します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死亡した被保険者（被相続人）の住所 | | 被保険者証番号 | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| 死亡した被保険者（被相続人）の氏名 | 死亡年月日 | | | | | | | |
|  | 令和 | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

**◎保険料過誤納金振込口座**

**・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  支　店  支　所  (　　　　) | | | 預金種別 | 普通  当座  (　　　) |
| 口座番号等  ※左詰で記入してください | |  |  |  |  | |  |  |  | ゆうちょ銀行の場合は記号－番号をこちらにご記入ください。 | | | | | | |
| 記号 |  | | 番号 |  | | |
| 口座名義人カナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**※申立人名義でない口座に振込希望の場合は下記事項をご記入ください。**

（あて先）合志市会計管理者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申立者  (債権者) | 住所 |  | |
| 氏名 |  | 印 |

　私に支払われる 後期高齢者医療保険料の過誤納金等 について、下記の者に受領することを委任するとともに、同人の預金口座に振り込むようお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 委任及び  口座振込  受託者 | 住所 |  | |
| 氏名 |  | 印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市確認欄 | ※申立者と死亡した被保険者の続柄を確認したものにMC900072629[1]　　をつけ、確認日を記入し、確認した人の印鑑を押してください。 | | 担当者印 |
| □ 公簿等（住基、戸籍等当該市町村の保有する端末）により確認  □ 公的証明（戸籍謄本・戸籍抄本・住民票謄本）により確認  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）により確認 | | 確認した日 |  |
| （　　月　　日） |

※上記の公簿等で確認できない場合には、戸籍謄本、戸籍抄本、住民票謄本等の申立者と被相続人の続柄が分かるものを添付してください。