以下は、申立人名義以外の口座に振込みを希望する場合のみ記入してください

亡くなられた方の住所・氏名を記入してください

申立人の方の住所・氏名・電話番号・続柄を記入してください。

必ず押印してください。

認印で結構です。

記入例

**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 | 合志市御代志１２３４－５６７８ |
| 氏名 | 合志　○○ | 印 |
| 電話 | (　０９６　)　１２３－４５６× |
| 死亡した受給者との続柄 | 妻 |  |

　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 |
| 合志市御代志１２３４－５６７８ | ０９８７ＸＸＸ |
| 　死亡した被保険者（被相続人）の氏名 | 死亡年月日 |
| 合志　×× | 令和 | ２ | 年 | ＸＸ | 月 | ＸＸ | 日 |

**◎保険料過誤納金振込口座**

ご希望の振込先口座情報を記入してください。

ゆうちょ銀行（郵便局）の場合は、支店名や預金種別の記入は不要です。こちらに記号・番号を記入してください。

**・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() | ＸＸ | 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 | ▲ | ● | × | × | ▲ | ○ | Ｘ | 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 | 1XXXXX | 番号 | XXXYXXXX |
| 口座名義人カナ | コウシ　マルマル |

**※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 | 合志市御代志１２３４－５６７８ |
| 氏名 | 合志　○○ | 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 | 合志市御代志１２３４－５６７８ |
| 氏名 | 合志　▲▲ | 印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市確認欄亡くなった被保険者と申立者の続き柄が確認できる公的書類を添付してください。（申立者の戸籍謄本や戸籍抄本などです。コピー可。）※ただし、公簿（合志市保有のシステム）で二者の続柄が確認できる場合は、添付の必要はありません。 | ※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。