

※介護保険課・国保・高齢者医療課（後期高齢者医療）・福祉政策課の各課統一様式です。それぞれ別の受取人を指定する場合は、受取人ごとに手続きが必要です。

誓約書兼還付金及び給付費振込口座届
(介護保険・後期高齢者医療・福祉医療 統一様式)
□ □ □

年 月 日

長野市長 宛
長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住所 〒 _____

届出者（誓約者） 氏名 _____
(相続人) 被保険者（受給者）との続柄 _____
電話番号 _____

今後の郵送物の送付先は、介護保険については、相続人様宛にお送りします。
福祉医療については、振込名義人様宛にお送りします。
後期高齢者医療保険については、現在の送付先から変更する場合は、別途手続きが必要です。

下記被保険者・受給者の給付金の受領権利を私が承継いたしましたので、振込先口座を以下のとおりとしてください。また、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。

被保険者 受給者	氏 名												
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日											
	住 所												
	死亡年月日	年 月 日											
□	介護保険料等	被保険者番号	0	0	0								
□	後期高齢者医療保険料等	保険者番号	3	9	2	0	2	0	1	5			
		被保険者番号											
□	福祉医療費給付金	受給者番号											

還付等が生じた場合の振込先

金融機関名				支店名				預金種別		口座番号※右づめ（7ケタ）							
どちらか記入	銀行 信組		信金 農協	支店・支所 本店 出張所				1. 普通 2. 当座									
	ゆうちょ 銀行		支店番号		記号				口座番号								
					1					0							1
フリガナ																	
口座名義人																	

※相続人として届出をいただくのは、下記に該当する方になります。
① 配偶者 ② 直系卑属（子や孫など） ③ 直系尊属(父母や祖父母など)
④ 兄弟姉妹、甥・姪（姻族関係は除く） ⑤ 公的に相続人として認められた方

※振込口座の名義人が、届出者（誓約者）と異なる場合は必ず記入してください。

委 任 状

年 月 日

長野市長 宛

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

委任者 住 所 _____
届出者（誓約者）氏 名 _____ 印
連絡先 _____

次の者を代理人と定め、以下の給付金受領及び保険料還付に関する権限を委任します。

（委任する項目にチェック☑をしてください。）

後期高齢者医療	介護保険		
☒ 高額療養費の受領	☐ 介護保険料の還付		
☒ 療養費の受領	☐ 高額介護サービス費の受領		
☒ 食事・生活療養費差額の受領	☐ 高額医療合算介護サービス費の受領		
☒ 高額介護合算療養費の受領	☐ 福祉用具購入費の受領		
☐ 葬祭費の受領	☐ 住宅改修費・住宅整備事業補助金の受領		
☒ 保険料の還付	☐ 利用者負担援護金の受領		
☐ その他（ ）	☐ その他（ ）		
	<table><thead><tr><th>福祉医療</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ 福祉医療費給付金の受領</td></tr></tbody></table>	福祉医療	☐ 福祉医療費給付金の受領
福祉医療			
☐ 福祉医療費給付金の受領			

住 所 _____

代理人（受任者）
（振込口座の名義人）氏 名 _____（続柄）

連絡先 _____

※振込口座の名義人の住所氏名等を記入してください

市町村 処理欄	受 付	入 力	備 考

原本は、 ☐ 介護保険課 ☐ 国保・高齢者医療課 ☐ 福祉政策課 に送付