

後期 高齢者 医療	被保険者番号	介護 保険	被保険者番号	国民 健康 保険	記号番号

相続人代表者に関する届

令和 年 月 日

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

(あて先) 浜松市長

郵便番号 〒

住 所

(マンション名、室番号等)

電 話 () -

相続人代表者 氏 名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

被相続人との続柄

(死亡者からみた続柄)

※ 下記被相続人死亡後における、被相続人にかかる

}	後期高齢者医療の医療給付 後期高齢者医療保険料の還付等 介護保険の給付 介護保険料の還付等 国民健康保険料の還付等
---	---

に関する事項については、私が引き継ぎ、今後この相続の承継に関する紛議等生じた場合
 においては、その責任を負うことを届け出ます。

※ 該当しない事項については、二重線で消してください。

記

被 相 続 人 者)	死亡時の 住(居)所	浜松市 区
	(住民登録地)	<input type="checkbox"/> 相続人代表者と同じ (マンション名、室番号等)
	氏 名 (生年月日)	(明治・大正・昭和・平成 年 月 日)
	死亡年月日	令和 年 月 日

振込先金融機関名		金融機関コード*		支店コード*	
振込先 口座	銀行	本店	当座	口座番号	
	信用金庫	支店		(右詰でご記入ください)	
	農協	支所	普通		
		出張所			
	フリガナ				
	口座名義人				

口座連絡依頼済

☆: ゆうちょ銀行を希望される方は、「振込用」の店名・口座番号を記入してください。

注: 法令により、国民健康保険医療給付については、別途申請が必要となります。
 ご記入いただいた情報を、送付先として使用することがあります。

注: 代理受領者を設定する場合には、裏面の委任状も記入してください。

浜 松 市 使 用 欄	写し回送先確認欄	後期	介護	国保
	給付口座入力	送付先入力		

*** 後期高齢に資格がある場合、
 原本は、広域連合に送付する。**

相続人代表と申請書の提出者が違う場合 (提出者: _____)