

後期高齢者医療 国民健康保険 被保険者番号		介護保険 被保険者番号	
-----------------------------	--	----------------	--

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) 掛川市長

郵便番号 〒 —

住 所

相続人代表者 氏 名

生年月日 齢・疋・嘲・穢 年 月 日

電 話 () —

被相続人との続柄

(※相続人代表者と届出人が違う場合は、以下も記入してください。)

届出人 氏 名

相続人代表者との続柄 (関係)

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 介護保険料の給付 介護保険料の還付 国民健康保険の給付
---	--

に関する事項については、相続人代表者が引き継ぎ、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。

※希望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	死亡時の 住(居)所	
	氏 名	(生年月日 M・T・S 年 月 日)
	死亡年月日	令和 年 月 日

債権の振込先金融機関名

銀 行	本 店	
信用金庫	支 店	普 口 座 番 号
農 協	()	当 ()
金融機関コード		支店コード
口座名義人 (カナ)		