

国民健康保険 相続人代表者指定届兼口座指定届

記号番号	世帯主名 (被相続人)	生年月日
103・		大正・昭和・平成・令和 年 月 日

広川町長 様

上記被相続人に係る次のものについて、請求及び受領する相続人の代表者を下記のとおり指定します。

なお、本件の請求及び受領について、他の相続人に対して一切の責任を負います。

年 月 日

【届出者】 住 所

氏 名

⑨

電話番号

— —

請求及び受領するもの ※該当欄に○を記入		高額療養費		その他の給付金 (葬祭費除く)								
		療 養 費		通知書等郵便物								
相続人代表者	フリガナ 氏 名			被相続人との続柄								
	生年月日	大・昭・平・令	年	月 日								
	住 所 <small>(住民票所在地)</small>	(〒 —)										
	住 居 地 <small>※上と異なる場合</small>	(〒 —)										
	電話番号	— —										
	振込口座	名義人 (カタカナ)										
		金融機関	(銀行等名)	(店名)								
銀行・農協・信用金庫・()			本店・支店・営業所・()									
(口座番号) ※左詰めで記入して下さい。												
<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												

※相続人代表者と亡くなった方との続柄がわかるもの (戸籍謄本、除籍謄本など) を添付してください。

決裁欄	課長	課長補佐	係長	係	受付印