

後期高齢者医療 相続人代表者指定届兼口座指定届

|      |     |  |              |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|------|-----|--|--------------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | 氏 名 |  | 生年月日         |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|      |     |  | 大・昭<br>年 月 日 |  |        |  |  |  |  |  |  |  |

(あて先)

福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

みやこ町長

上記被保険者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。

〒令和 年 月 日

届出者 住 所

氏 名

電話番号

被相続人との続柄

|                             |  |           |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|-----------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求及び受領するもの<br>※マルを記入してください。 |  | 高額療養費     |  | 保険料返還金 |  |  |  |  |  |  |  |
|                             |  | 療養費       |  | 通知等郵便物 |  |  |  |  |  |  |  |
|                             |  | 高額介護合算療養費 |  | その他    |  |  |  |  |  |  |  |

|        |                        |              |  |  |          |       |  |  |  |  |  |  |
|--------|------------------------|--------------|--|--|----------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 相続人代表者 | フリガナ氏 名                |              |  |  | 被相続人との続柄 | 被相続人の |  |  |  |  |  |  |
|        | 生 年 月 日                | 大・昭・平 年 月 日  |  |  |          |       |  |  |  |  |  |  |
|        | 住 所<br>(住民票所在地)        | 〒 都・道<br>府・県 |  |  |          |       |  |  |  |  |  |  |
|        | ※住民票所在地と異なる住所に居住している場合 | 〒 都・道<br>府・県 |  |  |          |       |  |  |  |  |  |  |
|        | 電 話 番 号                | -            |  |  |          |       |  |  |  |  |  |  |

|      |                 |                                             |                           |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
|------|-----------------|---------------------------------------------|---------------------------|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込口座 | 金融機関名           | 銀 行<br>農 協<br>信用金庫<br>( )                   |                           |  | 本 店<br>支 店<br>出 張 所 |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 口 座 種 別         | 普 通<br>当 座                                  | 口 座 番 号<br>※右づめで記入してください。 |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 口座名義人<br>(カタカナ) | ※左づめで記入してください。濁点・半濁点は一字として、姓と名の間は一字あけてください。 |                           |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |

※ 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。

ただし、死亡時点において、同一世帯の場合は必要ありません。

※ 振込口座の口座名義人が、相続人代表者以外の方となる場合は、委任状が必要です。

|       |     |       |      |       |
|-------|-----|-------|------|-------|
| 受付年月日 | 受 付 | 端末入力  |      | 受付責任者 |
| ・     |     | 市町村端末 | 広域端末 |       |