

国民健康保険 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 年 月 日									

(あて先)
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 — —

請求及び受領 するもの ※○を記入してく ださい。		高額療養費		療養費
		保険税還付金		通知書等郵便物
		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	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			
	住 所 (住民票所在地)	〒 — 都・道 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 府・県			
	電 話 番 号	— —			

振 込 口 座	金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫 ()		本 店 支 店 出 張 所							
	口 座 種 別	普 通 当 座	口 座 番 号 ※右づめで記入してください。								
	口座名義人 (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。									