

捨印	被保険者番号	
----	--------	--

相 続 人 代 表 者 に 関 す る 届

年      月      日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所

電 話      (      )      -

相続人代表者 氏 名 ⑩

生年月日                      年      月      日

被相続人との続柄

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高額療養費特別支給金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。

記

被 相 続 人	死 亡 時 の 住 ( 居 ) 所	市                      町                      番地 町                      丁目                      番                      号
	氏      名	
	死 亡 年 月 日	年                      月                      日

被相続人の後期高齢者医療の高額療養費特別支給金に関する債権の振込先金融機関名

銀 行	本 店	当      口 座 番 号
信用金庫	支 店	普      (      )
農 協	出張所	
口座名義人 (カナ)		