

<記載上の注意>

相続人の代表選任届

年 月 日

富山県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

提出日

被相続人の氏名（開設者氏名）及び死亡日を記入してください。

被相続人 氏名
.....年 月 日死亡

にかかる富山県国民健康保険団体連合会から受ける診療報酬債権、介護報酬債権及び特定健康診査費債権等一切の債権について、適法な相続人は私ども.....名以外には存在せず、.....を相続人代表にしましたので、以後相続人代表名義口座に振込み送金して下さい。

相続人代表氏名

相続人として記入した人数

なお、私ども以外の者が権利を主張し、そのために貴会に損
私ども相続人が連帯して責任を負い、貴会に一切迷惑をおかけしません。

相続人 住所

(続柄) 氏名 印(実印)

相続人 住所

(続柄) 氏名 印(実印)

相続人 住所

(続柄) 氏名 印(実印)

相続人 住所

(続柄) 氏名

相続人 住所

相続人として記入した全員の印鑑証明書(原本)を添付してください。

印(実印)

法定相続人全員の住所等を記入し、実印を押印してください。
なお、印鑑は印鑑証明書で登録されているものを使用してください。

※相続人に未成年者(満18歳に達しない者)がいる場合は、親権者・後見人の同意、又は子を代表した旨を余白に記載し押印してください。
なお、その場合、子(未成年者)の相続人の押印は不要です。

※添付書類 戸籍(除籍)原本 (被相続人、相続人) 原本
印鑑証明書(全相続人分) 原本

<記載上の注意>

相続人代表者届

提出日

.....年.....月.....日

富山県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

この届出を提出される方の住所等を記入してください。

届出者 住 所

氏 名

電話番号

開設者氏名=現名義人

死亡月

被相続人.....に係る.....年.....月診療分までの富山県国民

健康保険団体連合会から受ける診療報酬、介護報酬及び特定健康診査費等一切の請求、
受領及び過誤等の調整額（返還）に関し、相続人代表者を定めましたのでお届けいた
します。

1. 相続人代表者

住 所 〒.....

相続人代表者の住所等を記入し、
実印を押印してください。

氏 名

印(実印)

電話番号

2. 相続人代表者の振込口座

金融機関名銀行支店

預金種別 1. 普通 2. 当座.....

振込口座を記入してください。
預金種別は○を付けてください。

口座番号

(フリガナ)

口座名義

登録名称

医療機関の名称

被相続人に係るものを
記入してください。

現名義人氏名

開 設 者 名

医療機関番号

10桁の番号