　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※市町記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※　3枚複写となります。**  **（　①後期給付　②後期還付　③介護還付　）** | | | | **記載例** |
| 後期高齢者医療  保険者番号 | 39223250 | 後期高齢者医療  被保険者番号 | **01234567**  **（８ケタ）** |
| 相続人代表者に関する届  **※可能であれば捨印を**  **ください（１・２・３枚目全てに）**  令和　**○**年　**○**月　**○**日  　　静岡県後期高齢者医療広域連合会長　様  **※相続人代表の方についてお書きください。**  　　函南町長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒 **419-0192**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　**静岡県田方郡函南町平井７１７－１３**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　　　（　**055**　）**979**　－　**8111**  　　　　　　　　　　　相続人代表者　　氏　　名　　　**函南　花子**本人が署名する場合、押印不要  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　大正・昭和・平成　　**○**年　　**○**月　　**○**日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被相続人との続柄　　**妻**  　　　　　　　　　　　（相続人代表者と届出人が違う場合は、以下も記入してください。）  　　　　　　　　　　　　　　届出人　　氏　　名　　**函南　花雄**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相続人代表者との続柄（関係）**子**  　下記被相続人死亡後における、被相続人にかかる医療給付・介護給付・保険料に関する事項については、私が引き継ぎ、今後この相続の継承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。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 被相続人 | 死亡時の  住（居）所 | 函南町  **※死亡時の住所登録地をお書きください。**  **平井７１７－１３** | | 氏名 | **函南　太郎　（　お亡くなりになった方の氏名　）** | | 死亡年月日 | 令和　　**○**年　　**○**月　　**○**日 | | 承諾している相続人　氏名（被相続人との続柄）  函南花雄（子）函南次郎（子） | | |   被相続人の債権の振込先金融機関名   |  | | --- | | 銀　　行　　　　　　　　　本　店　　　当座  口 座 番 号  (**○○○○○○○**)  **函　　南**　　　　信用金庫　　　**役　　場** 　　支　店　　　普通  　　　　　　　　　農　　協　　　　　　　　　出張所　　　(　　) | | 口座名義人(カナ) **カンナミ　ハナコ　（相続人代表者の口座を記入してください。）** | | | | | | |

　　　　市町用確認欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者本人確認  □運転免許証　　□マイナンバーカード  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |  | 標準システム | 相続人 | 給付口座 | |  | mcwel | 相続人 | |
| 送付先 | 高　額 | 外　来 | 送付先 | 還付口座 |
|  |  |  |  |  |