|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者記号番号 |  |  |
| **相続人代表者に関する届**  令和　　　年　　　月　　　日  　函南町長　仁科　喜世志　様  〒  　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　　（　　）　　　　－  　　　　　　　　相続人代表者　　氏　　名　  　　　　　　　　　　　　　　　　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、被相続人にかかる国民健康保険の医療給付に関する  　　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 | **田方郡函南町** |  | | 氏　　　　名 |  | | | 死亡年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |   　　被相続人の国民健康保険の医療給付に関する債権の振込先金融機関名   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 銀　　行　　　　　　　　本　店  　　　信用金庫　　　支　店  　　　　　　　　農　　協　　　　　　　　出張所 | 当  普 | 口座番号  （） | | 口座名義人（カナ） | | | | | | |