

後期高齢者医療 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			
		明・大・昭 年 月 日				

(あて先)
 { 沖縄県後期高齢者医療広域連合長
 浦 添 市 長 }

上記の被保険者に係る後期高齢者医療制度の療養費、高額療養費、食事・療養費差額、高額介護合算療養費、特別療養費、未納の保険料、保険料の還付金、浦添市から発送される通知等郵送物、その他 () について、請求及び受領する相続人代表者を下記のとおり指定します。

また、上記の請求及び受領する振込口座は、沖縄県後期高齢者医療広域連合宛てに届出した「振込口座届出・変更届」の口座名義人の口座を指定します。

なお、本件の請求及び受領について、他の相続人からの異議申出又は問題が生じた場合には、私(届出者)が責任を持って処理し、貴団体に迷惑をかけません。

令和 年 月 日

〒

届出者 住 所

.....

氏 名

電話番号 被相続人との続柄

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	—		

※ 相続人代表者と亡くなった方との続柄がわかるもの(戸籍謄本、除籍謄本など)を添付してください。ただし、死亡時点において、同一世帯の場合は必要ありません。

※ 相続人代表者が変更となった場合、「後期高齢者医療 相続人代表者指定届兼口座指定届」と「振込口座届出・変更届」を新たに提出してください。

入力	受付