

【記入例】

相 続 書

不明の場合は記入不要です。

医療 保険 介護 保険 番号	保険者番号	3	9	3	5				
	被保険者番号								
	保険者番号	/		3	5				
	被保険者番号								

令和 年 月 日

(あて先) 山口県後期高齢者医療広域連合長 様
市町長 様

亡くなられた方のお名前を書いてください。

(氏名) 広域 花子 に関わる { 後期高齢者医療
高額医療合算介護(予防)サービス費(介護保険制度※)
生年月日 明・大・昭 年 月 日

に係る債権(支給金)、債務(保険料)※については、本人が 令和〇 年 〇 月 〇 日

に死亡したため、私が代表相続人となり
なお、上記債権・債務は私が相続し
ことを確約しますが、万一、他の相続
私が一切の責任を負うものとします。

相続権のある方を書いてください。

- ・配偶者(夫・妻)
- ・子(養子を含む。)
- ・その他(兄弟姉妹、甥、姪
など、三親等内の血族)

※相続権のない例

- ・いとこ
- ・子の妻

代表相続人
〒750-0000
住所 山口市大手町9-11

氏名 山口 太郎)

被保険者との続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 ()

振込先指定口座	金融機関		支店名				種別	
	●	×	銀行 信用金庫 農協・漁協 信用組合	本店	支店	支所	出張所	普通・当座 その他()
口座番号(7桁)			1	1	1	1	1	1
口座名義人(カタカナ)	ヤ	マ	グ	チ	タ	ロ	ウ	

必ずカタカナで書いてください。

被保険者の方と住民票上の世帯が異なる場合は、相続関係が確認できる2, 3, 4のいずれかの書類の添付が必要となります。

- | | |
|------------------------|----|
| 1 (住民基本台帳・住民票)で確認 | 担当 |
| 2 戸籍抄本・謄本等の写し | |
| 3 遺言書による相続人の場合は、遺言書の写し | |
| 4 その他() | |

添えて広域連合に送付すること

が異なります。