

<記載上の注意>

相続人の代表選任届

年 月 日

提出日

富山県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

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。

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)

※添付書類 戸籍（除籍）謄本（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（銀行コード：.....）

..... 支店（支店コード：.....）

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

被相続人に係るものを記入してください。

医療機関の名称 .....

現名義人氏名

開設者名 .....

医療機関番号 .....

10桁の番号