

相続人の代表選任届

.....年.....月.....日

富山県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

被相続人 氏名

.....年.....月.....日死亡

にかかると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。

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害が生じたときは、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 印(実印)

相続人 住所

(続柄) 氏名 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

相続人代表者届

.....年.....月.....日

富山県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

届出者 住 所 〒.....

.....

氏 名

電話番号

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 〒.....

.....

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.....

口座番号

(フリガナ)

口座名義

医療機関の名称

開設者名

医療機関番号