

## 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) [ 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 中間市長 ] 上記被保険者に係る次のものについて、請求及び受領する相続人の代表者を下記のとおり指定します。 なお、本件の請求及び受領について、他の相続人に対して一切の責任を負います。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">〒 令和 年 月 日</div> 届出者 住 所 ..... ..... 氏 名 ..... 電話番号 ..... 被相続人との続柄 .....								
請求及び受領するもの ※マルを記入してください。		高額療養費						
		療養費						
		高額介護合算療養費						
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)	〒 ー 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	〒 ー 都・道 府・県						
	電 話 番 号	ー ー						
振込口座	金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫 ( )				本 店 支 店 出 張 所		
	口座種別	普 通 当 座	口座番号 ※右づめで記入してください。					
	口座名義人 (カタカナ)							
※左づめで記入してください。濁点・半濁点は一字として、姓と名の間は一字あけてください。								

※ 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。

※ 振込口座の口座名義人が、相続人代表者以外の方となる場合は、委任状が必要です。

受付年月日	受 付	端末入力		受付責任者
・		市町村端末	広域端末	