

□後期高齢者医療

☑介護保険

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		後期高齢者医療保険被保険者番号							
			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

・大野城市長

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。

〒 令和 年 月 日

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（後期）		保険料に関すること							
		療養費（後期）		給付に関すること（介護）							
		高額介護合算療養費（後期）		通知書等郵便物							

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)	〒	—									
	※住民票所在地と異なる住所に居住している場合	〒	—									
	電 話 番 号			—		—						

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。 (R . . 照会)

受付年月日	受 付	端末入力		チェック		介護賦課	介護給付
		市町村	広域	市町村	広域		

提出前にご確認ください

1 添付書類

- ▶ 戸籍書類のコピーを提出する場合は、
すべてのページをコピーしてください。