

### 相続人代表者に関する届

令和.....年.....月.....日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所 .....

電 話 .....

相続人代表者 氏 名 .....

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 .....

被相続人との続柄 .....

(※相続人代表者と届出人が違う場合は、以下も記入してください。)

届出人 氏 名 .....

相続人代表者との続柄（関係） .....

下記被相続人死亡後における、被相続人にかかる後期高齢者医療の医療給付に関する事項については、相続人代表者が引き継ぎ、今後この相続の承継に関する紛議等生じた場合においては、その責任を負うことを届け出ます。

#### 記

被 相 続 人	死 亡 時 の	
	住 ( 居 ) 所	
	氏 名	
	死 亡 年 月 日	

被相続人の後期高齢者医療の医療給付に関する債権の振込先金融機関名

銀 行	本 店	普通 ( ) ( )	口座番号
信用金庫	支 店		
信用組合	支 所		
農 協	出張所		
労働金庫			

口座名義人 (カナ)