

後期高齢者医療保険料に係る相続人代表届

(兼)後期高齢者医療保険料還付口座登録依頼書

令和 年 月 日 被相続人死亡により、私が後期高齢者医療保険料に係る納付義務を継承し、保険料の賦課徴収及び還付に関する書類を受領する相続人代表になることを相続人が同意しましたので、下記のとおり届出します。

なお、この届出により、後日相続についての疑義が生じた場合は、私が一切の責任を負います。

令和 年 月 日

(死亡した被保険者) 被相続人	被保険者番号											
	住 所											
	氏 名											

相続人代表	被相続人との続柄											
	住 所	(〒 -)										
	フリガナ											
	氏 名											⑩ ※
電話番号	() -											

※相続代表人と口座名義人が同じ場合は、押印は省略できます。

以下は、後期高齢者医療保険料に還付が生じた場合の還付口座の登録を行うための欄です。保険料の納め過ぎが見込まれるなどの場合で、あらかじめ還付口座の登録を希望される場合にご記入ください。この用紙で還付口座登録をされない場合でも、保険料の納め過ぎが判明した場合には還付通知書と還付をさせていただくための口座振替依頼書を相続人代表者様へお送りいたします。

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

保険料還付口座	振込先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 出張所 ()	預金種別	普通当座貯蓄 ()
	口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>					
	口座名義人 (カタカナ)					

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

委任状	※相続人代表者氏名と口座名義人が異なる場合にご記入ください。 還付金の受領を、口座名義人に委任します。	
	申請者 (相続人代表)	住所 _____
		氏名 _____ ⑩ ←上記相続人代表と同じ印
	口座名義人	住所 _____
	氏名 _____	