

相 続 書

保険者番号	3	9	3	5	2	0	3	4
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(あて先) 山口県後期高齢者医療広域連合長 様

亡くなられた方のお名前を書いて下さい。

(氏名) 広域 太郎 に関わる後期高齢者医療に係る支給金について

生年月日 明・大^昭 3年3月3日

ては、本人が 平成 23 年 1 月 7 日 に死亡したため、

(続柄) 子 である (氏名) 広域 一郎 が

代表相続人となり受領いたします。

なお、上記支給金は私が相続したものであり、後日、他の相続人の承認を得ることを確約しますが、万一、他の相続人と紛議を生じても相続者間で解決するものとし、私が一切の責任を負うものとします。

同じお名前を書いて下さい。

必ず押印して下さい。

代表相続人

〒753-0072

住所

山口市大手町9-11

氏名

広域 一郎

(印)

電話 (083-921-7113)

相続権のある方を書いてください。

- ・配偶者(夫・妻)
- ・子(養子を含む。)
- ・兄弟姉妹
- ・甥、姪
- など、三親等内の血族

※相続権のない例

- ・いとこ
- ・子の妻
- ・同居人 など

口座振込		金融機関	ちょうじゅ	銀行 信用金庫 農協漁協	山口	本・支店 支所 出張所
口座名義	※ コウイキ イチロウ	種別	1 当座 2 普通 3 その他 ()	口座番号	1 1 2 2 3 3 4	

※口座名義はカタカナでお願いします。

必ずカタカナで書いてください。

※市町記入欄

被保険者と相続人の関係確認資料

該当に○をすること

- 1 (住民基本台帳・住民票)で確認
- 2 戸籍抄本・謄本等の写し
- 3 遺言書による相続人の場合は、遺言書の写し
- 4 その他 ()

※「2」、「3」の場合には、添付書類を添えて広域連合に送付すること