

相 続 書

保険者番号							
被保険者番号							

令和 年 月 日

(あて先) 山口県後期高齢者医療広域連合長 様

_____(氏名)_____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 年 月 日

では、本人が _____年 月 日 に死亡したため、

_____(続柄)_____である _____(氏名)_____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。

代表相続人
〒

住所 _____

_____ 氏名 _____

電話 (_____)

口座振込		金融機関	銀行 信用金庫 農協漁協				本・支店 支所 出張所		
口座 名義	※	種別	1 普通 2 当座 3 その他(_____)	口座 番号 (7桁)					

※口座名義はカタカナでお願いします。

※市町記入欄	被保険者と相続人の関係確認資料		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(_____)
	該当に○をすること		

※「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