

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

令和 〇 年 〇 月 〇 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 2 年 4 月 XX 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。

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

代表相続人

〒753-0072

住所

山口市大手町9-11

氏名 広域 一郎

電話 (083-921-7113)

必ずカタカナで書いてくださ

口座振込		金融機関	ちょうじゅ	銀行	山口	本支店
※ コウイキ イチロウ		種別	1 普通	信用金庫		支所
			2 当座	農協漁協		出張所
			3 その他()	口座番号	1 1 2 2 3 3 4	
				(7桁)		

※口座名義はカタカナでお願いします。

※住民票上、同一世帯でない場合、相続人を確認できる書類(戸籍謄本等で続柄がわかるもの)※コピーでも可が必要となりますので添付してください。

※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

- 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()