

# 相 続 書

医療 保険 介 護 保 険	保険者番号	3	9	3	5				
	被保険者番号								
医療 保険 介 護 保 険	保険者番号	/	/	3	5				
	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  
市町長 様

.....(氏名).....に関わる { 後期高齢者医療  
高額医療合算介護(予防)サービス費(介護保険制度※)  
生年月日 明・大・昭 年 月 日

に係る債権(支給金)、債務(保険料)※については、本人が.....年 月 日  
に死亡したため、私が代表相続人となり相続いたします。

なお、上記債権・債務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 (.....)

被保険者との続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 (.....)

	金融機関	支店名	種別
振 込 先 指 定 口 座	銀行 信用金庫 農協・漁協 信用組合	本店・支店 支所 出張所	普通・当座 その他(.....)
	口座番号(7桁)		
	口座名義人 (カタカナ)		

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(.....)	担当
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		

※の箇所については、市町により取扱いが異なります。