

相続人代表届及び誓約書

被保険者住所	
被保険者氏名	
被保険者番号 (記号・番号)	介護保険 () 後期高齢者医療保険 () 国民健康保険 ()

上記の者の保険料，保険サービス費等を管理する代表者について関係相続人と協議した結果，相続人代表者を私とし，他相続人から異議申し出があった場合，責任をもって解決することを誓約します。

年 月 日

竹 原 市 長 様

〒 -

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄)

電話番号 _____

過誤納還付金請求書，保険サービス費等請求書

竹 原 市 長 様

請 求 金 額								円
請 求 者	住 所	〒 -						
	フリガナ 氏 名							
振込先金融機関	銀 行 本 店 信用金庫 支 店 信用組合 支 所 農 協 出 張 所							
預金の種類	普通・当座・()	口座番号						
フリガナ 口座名義人								
過誤納還付金等 (該当するものに○)	()介護保険料	()後期高齢者医療保険料						
	()介護保険 サービス費	()国民健康保険 療養費						
	()国民健康保険 高額療養費							
	()その他 ()							

※ 振込先がゆうちょ銀行口座の場合は，必ず振込用口座番号（店番号及び口座番号）を記入してください。支店名は三桁の数字を記入してください。

※ 振込先が請求者本人名義の口座でない場合は，下欄の委任状に記入・押印してください。

委 任 状

竹原市長 様

住 所

氏 名

印

私は次の者に（過誤納還付金，保険サービス費等）の受領を委任します。

(受任者)

住 所

氏 名