

相続人代表届及び誓約書（資格喪失届）

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	(							)				
個人番号										資格喪失日	年	月	日

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。また、資格喪失について届け出ます。

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

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 ・ 信用金庫 本店 ・ 支店 農協 ・ 信用組合 支所 ・ 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