

相続による納入義務の承継届

大分県後期高齢者医療広域連合長 様
大分県豊後大野市長 様

年 月 日

〒

届出者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電話番号 _____
 被相続人との続柄 _____

- 後期高齢者医療保険
 介護保険

に係る納入義務等を下記の者が相続人を代表して承継し、

次の項目に関する書類を受領します。

- ・後期医療関係 保険料の賦課徴収、還付
- ・介護保険関係 保険料の賦課徴収、還付
 介護給付費（高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護（予防）サービス費
 住宅改修費、福祉用具購入費 等）の受領、返還

被 相 続 人 (死亡された方)	被保険者番号	後期高齢																	
		介 護																	
	住 所																		
	氏 名																		
相 続 人 代 表 者 (相続による納入義務 等を代表して承継 することとなった者)	<input type="checkbox"/> : 届出者と同じ (届出者と同じ場合は□に✓印をつけてください。)																		
	住 所	〒																	
	氏 名														続柄				
	電 話 番 号																		

介護保険関係の還付金や給付費を、相続人代表者以外の方の口座に振り込む場合は、下記の委任状を記入してください。

委 任 状

(保険料還付金 ・ 介護給付費等) の受領に関する行為を下記の者に委任します。

年 月 日

委任者 (相続人代表者)

住 所 氏 名 (印)

受任者

住 所 氏 名 (印)