

国民健康保険診療報酬等に関する相続届

平成 年 月 日

鳥取県国民健康保険団体連合会
理事長 竹内 功 様

届出人 住所
氏名 印

_____は、平成 年 月 日に死亡しましたので、私共相続人が協議（家庭裁判所の審判）の結果、国民健康保険等保険者に対する権利義務即ち、診療報酬等の請求受領並びに過収金の返還等に就いては一切を（代表相続人）_____が行うこととしましたので下記のとおりお届けいたします。

記

（医療機関名）

医療機関コード	医療機関名

（振込先）

金融機関名		金融機関コード			
店舗名	本店・支店・支所	店舗コード			
口座番号		預金種別	1 普通	2 当座	
フリガナ					
口座名義人					

（誓約）

万一他から権利を主張された場合、また、過収金の返還を代表相続人が行わない時は私共相続人が連帯してその責任を負い、いささかも貴会にご迷惑をかけることはありません。

本届に記載した事柄に偽りのないことを誓約いたします。

代表相続人
住所

続柄 氏名 印

相 続 人

住所

続柄 氏名 印

住所

続柄 氏名 印

住所

続柄 氏名 印

住所

続柄 氏名 印

住所

続柄 氏名 印

（添付書類、記載上の注意事項については裏面参照）

(添付書類)

- ・ 相続人の印鑑証明 (※本届には実印を押印してください)
- ・ 振込通帳の見開き欄 (表紙の次のページ) のコピー

(記載上の注意事項)

- 1 相続人に未成年者 (満 20 歳に達しないもの) がある場合は親権者または後見人の同意又は、子を代表した旨を余白に記載し押印してください。
なお、その場合、子 (未成年者) の相続人の押印は不要です。
- 2 診療報酬等の支払い (過誤額等の返還を含む) について、他の医療機関等の支払い額と合算を希望される場合や、その他記載についての問い合わせは鳥取県国保連合会審査管理課までご連絡ください。

TEL 0857 (20) 3685