国民健康保険保険給付　受取人指定届

年　　月　　日

能　代　市　長　　様

〒

申　請　者　　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

シメイカナ

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電 話 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡した被保険者との続柄 ＿＿＿＿＿

私は、相続人の代表として、下記被相続人（死亡者）死亡後における、被相続人に係る国民健康保険関係の保険給付についての申請、請求及び受領を行うことを届け出します。

なお、他の相続人に対しましては、私（申請者）が責任を持って異議のないように処理することを申し添えます。

（死亡者の住所）

〒

能代市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（死亡者の氏名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日死亡）

被保険者番号（　　）

※振込先の口座をご記入ください

金融機関名	銀行・金庫　　支店・本店 農協・信組　　出張所										
預金 種別		口座 名義		口座 番号							