

# 国民健康保険医療給付費等に係る申請及び受領に関する届出書

令和 年 月 日

利根町長 様

|        |          |   |
|--------|----------|---|
| 相続人    | 住所       |   |
| (相続権者) | 氏名       | 印 |
|        | 生年月日     |   |
|        | 連絡先      |   |
|        | 被相続人との続柄 |   |

私は、下記のとおり、被相続人の死亡に伴う国民健康保険医療給付費等について、私が申請者及び受領者であることを届出いたします。

なお、この申請及び受領における相続関係等の問題が生じた場合には、私が責任をもって解決し、利根町には一切の迷惑をかけないことを確約いたします。

## 記

|          |       |    |   |   |   |
|----------|-------|----|---|---|---|
| 被相続人     | 氏名    |    |   |   |   |
| (死亡された方) | 住所    |    |   |   |   |
|          | 生年月日  | 年  | 月 | 日 |   |
|          | 死亡年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

【添付するもの】 相続人の方の本人確認ができるもの※免許証・保険証のコピー等