

後期高齢者医療保険料 過誤納金に関する請求・誓約書

請求先

群馬県前橋市長

記入例

被保険者様（お亡くなりになられた方）の
氏名・生年月日・住所を記入してください

■被保険者（被相続人）

被 保 険 者	氏名	前橋 太郎	生年月日	昭和20年1月1日
	住所	前橋市大手町2丁目12番1号		

■請求者情報

請 求 者	氏名 (名称)	前橋 次郎	連絡先 (電話番号)	(日中の連絡先を記入してください) 027-898-5955
	住所 (所在地)	前橋市大手町二丁目12番1号		

※必ず、相続人名義で記入してください。

※記入の

テープの

※黒、ま

相続人様（請求される方）の氏名・住所・
連絡先を記入してください

いて訂正してください。修正ペンや修正

使用はできません。

■相続人代表者誓約書

私は被保険者に対する後期高齢者医療保険料の請求・受領について、他の相続人との間で解決することを誓約します		誓約書に日付、相続人様（請求される方）の 氏名・住所、被保険者様（お亡くなりになられた 方）との続柄を記入してください	相
令和 7年 4月 1日			
氏名 (名称)	前橋 次郎	(被相続人との続柄: 長男)	
住所 (所在地)	前橋市大手町二丁目12番1号		

■注意事項

- ①この通知は、相続人と思われる方に送付しています。相続人でない場合には、お手数ですが国民健康保険課までお電話いただくか、この書類にその旨を記載してご返送ください。
- ②被保険者（被相続人）と申立人の関係を証する書類が必要となります。（写し可）
- ・被保険者と申立人の間柄のわかる戸籍類（全部事項・一部事項証明、除籍等）
 - ・申立人が相続人であることを記載した裁判所の決定通知
 - ・申立人の当該受領に関する権利を記載した遺言状
- 詳しくは、同封の「相続人であることがわかる書類（戸籍謄本等）について」をご確認ください。

※記入漏れ、不備がないことを確認のうえ、ご提出ください。