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

小川 晶

記入例

後期高齢

被相続人様の住所・氏名・連絡先
を記入してください

■被保険者(被相続人)情報

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)	027-898-5955 <small>(日中の連絡先を記入してください)</small>
	住所 (所在地)	前橋市大手町二丁目12番1号		

※必ず、相続人様へお送りください。

※記入の
テープの
※黒、ま

相続人様の住所・氏名・連絡先を
記入してください

重線を引いて訂正してください。修正ペンや修正
ルペンの使用はできません。

■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・相続人様の住所・氏名・ 被相続人様との関係を記入してください	受領します。 すべてを負い、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

- 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。
- 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。