

## 申立書

被保険者（亡くなられた方）\_\_\_\_\_にかかる  
飯能市国民健康保険医療給付及び飯能市国民健康保険税還付については、相続  
人を代表して私が受領いたします。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じた場合は、私が責任をもつ  
て処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

葬祭費振込口座と同じ口座への振込を希望します。※喪主と申立人（相続人  
代表）が同じ場合に限る。

下記口座へ振込を希望します。

### 【振込口座】

金融機関名	銀行 農協 信用金庫
支店名	支店 ・ 本店
種別	普通 ・ 当座
口座番号	
名義人（カタカナ）	

飯能市保険年金課から照会があった場合は、申立人（相続人代表）名義の振  
込口座を回答します。

年 月 日

### 【申立人（相続人代表）】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

亡くなられた方との続柄 \_\_\_\_\_