

相 続 人 代 表 者 届

住 所

氏 名

印

電話番号

の相続人である私たちは、茨城県国民健康保険団体連合会から受ける国民健康  
保険診療報酬等の請求及び受領に関し、上記の者を代表者と定めたのでお届けいたします。

平成 年 月 日

相 続 人

住 所

氏 名

印

住 所

氏 名

印

住 所

氏 名

印

住 所

氏 名

印

茨城県国民健康保険団体連合会

理事長 大久保 太一 殿



# 誓約書

医院（医療機関コード ）の国民健康保険診療報酬等の請求及び受領に関して私が一切の責任を負い、国民健康保険診療報酬等受領後に生じた過誤等については、下記方法により支払います。

平成 年 月 日

相続人又は相続人代表者

住 所

氏 名

印

記

過誤等の支払方法(番号を○で囲んでください)

1. 相続人又は相続人代表者による振込を希望する
2. 他保険医療機関(継続新規・系列・その他)診療報酬からの過誤調整を希望する  
※2を希望する場合

医 療 機 関 コ ー ド

保 険 医 療 機 関 所 在 地

保 険 医 療 機 関 名

開 設 者 氏 名

印

電 話 番 号

茨城県国民健康保険団体連合会

理事長 大久保 太一 殿