

国民健康保険給付費受領に関する申立書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

申立人 住所 : _____
(相続人代表)

氏名 : _____
(署名又は記名押印)

電話番号 : () — _____

死亡した被保険者との続柄 : _____

私は、下記被相続人（死亡した被保険者）の相続人であり、相続人代表として、
被相続人に係る国民健康保険給付費の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私が責任を持って異議のないよう処理し、
金沢市に対して一切迷惑をかけないことを誓約します。

被相続人 住所 : _____
(死亡した被保険者)

氏名 : _____

死亡年月日 : 年 月 日