

# 債権の受領に関する届出書

① 令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

債権者② \_\_\_\_\_ が死亡したため、他の相続人 (③ \_\_\_\_\_ 人) と合意のうえ、  
相続人を代表して県障医療費④ \_\_\_\_\_ 円を受領します。

住 所 \_\_\_\_\_

⑤相続人代表者

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (債権者との続柄: \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

⑥他の相続人の氏名 \_\_\_\_\_ (債権者との続柄: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (債権者との続柄: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (債権者との続柄: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (債権者との続柄: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (債権者との続柄: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (債権者との続柄: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (債権者との続柄: \_\_\_\_\_)

⑦なお、上記の県障医療費助成費は下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支 店 名	本店 支店・出張所
預 金 種 目	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
フリガナ			
口座名義人			

※ 相続人代表者名義の口座をご記入ください。

※ 記載された個人情報、重度心身障害者医療費助成事業に関する業務以外には使用しません。

《裏面の「注意事項」をお読みください》

## 注 意 事 項

この「債権の受領に関する届出書」は、県障医療費助成費の受領にあたり、亡くなられた受給者に代わり相続人の代表者の口座への振込を希望される場合にご提出いただくものです。

届出書（表面）には、下記の①から⑦について、それぞれの欄にご記入ください。

- ① 日付  
この届出書の作成日（記入日）をご記入ください
- ② 債権者氏名  
債権者（亡くなられた受給者）の氏名をご記入ください。
- ③ 他の相続人の人数  
相続人代表者（振込先口座の名義人）以外の相続人の方の人数をご記入ください。
- ④ 金額  
支給金額（または支給予定額）をご記入ください。
- ⑤ 相続人代表者の住所・氏名及び債権者との続柄  
相続人代表者の住所・氏名及び債権者との続柄をご記入ください。また、印鑑を鮮明な印影で押印願います。
- ⑥ 他の相続人の氏名及び債権者との続柄  
相続人代表者以外の相続人の方の氏名及び債権者との続柄をご記入ください。（押印は不要です。）
- ⑦ 振込先口座  
必ず相続人代表者名義の金融機関口座をご記入ください。