

<記入例>

※ 本状を記入される方は、必要書類についてご案内いたしますので
提出前に電話相談窓口へご連絡ください。

令和 6 年 〇 月 × 日

相続人代表届(兼口座振替申出書)

岡崎市民病院長 殿

助産に係る費用の消費税課税誤りに関するお知らせに伴う返金について、下記の通り相続人を代表して請求します。

記

相続人代表者	住所	(444-0000) 岡崎市〇〇町 1-2-3							
	フリガナ	オカザキ マルタ							
	氏名	岡崎 〇太 (夫)							
	電話番号	0564-99-9999 / 090-8888-8888							

振込先口座	金融機関	岡崎市民病院					医事課			本店
		銀行 信用金庫・信用組合 労働金庫・農業協同組合								支店 出張所
	口座種別	普通 当座	口座番号	9	9	9	9	9	9	9
	記号番号（振込先口座がゆうちょ銀行の場合）									
	フリガナ	オカザキ マルタ								
	口座名義人	岡崎 〇太								

(注) 相続人代表者の方の口座を記入してください。

納入義務者	住所	(444-0000) 岡崎市▽▽町 3-2-1							
	フリガナ 氏名	オカザキ シカクヨ 岡崎 □代							

(注) 通知の宛名の方について記入してください。

以上

相続人代表者による請求につきましては、戸籍関係の証明書や法定相続情報一覧図などの添付が必要となる場合がございます。必要書類についてご案内しますので、本状の提出前に下記電話相談窓口にご連絡くださいますようお願いいたします。

返金につきましては、本状を受理してから3～6週間でお振込み予定ですが、振込み通知はいたしませんので、通帳記帳等でご確認ください。

<電話相談窓口>

岡崎市民病院事務局医事課

専用フリーダイヤル 0120-660-106

受付時間 平日午前9時～午後4時

(代表電話 0564-21-8111)

相続人代表届(兼口座振替申出書)

岡崎市民病院長 殿

助産に係る費用の消費税課税誤りに関するお知らせに伴う返金について、下記の通り相続人を代表して請求します。

記

相続人代表者	住所	(-)
	フリガナ 氏名	続柄 ()
	電話番号	

振込先口座	金融機関	銀行・信用金庫・信用組合 労働金庫・農業協同組合							本店 支店・出張所	
	口座種別	普通	当座	口座番号						
	記号番号（振込先口座がゆうちょ銀行の場合）									
	フリガナ									
	口座名義人									

(注)相続人代表者の方の口座を記入してください。

納入義務者	住所	(-)
	フリガナ 氏名	

(注)通知の宛名の方について記入してください。

以上

相続人代表者による請求につきましては、戸籍関係の証明書や法定相続情報一覧図などの添付が必要となる場合がございます。必要書類についてご案内しますので、本状の提出前に下記電話相談窓口にご連絡くださいますようお願いいたします。

返金につきましては、本状を受理してから3～6週間でお振込み予定ですが、振込み通知はいたしませんので、通帳記帳等でご確認ください。

<電話相談窓口>

岡崎市民病院事務局医事課

専用フリーダイヤル 0120-660-106

受付時間 平日午前9時～午後4時

(代表電話 0564-21-8111)