

(表)

後期高齢者医療に係る相続人代表申立書

(死亡した被保険者) 被相続人	保険者番号	3	9	4	1					
	被保険者番号									
	フリガナ								性別	男・女
	氏名									
	生年月日	明・大・昭				年	月	日		
	死亡年月日	平成				年	月	日		
振込先口座	金融機関名				預金種目		口座番号(右詰)			
	銀行	本店			1	普通				
	金庫	支店			2	当座				
	信用組合	支所			4	貯蓄				
	農協・漁協	出張所			9	その他				
	金融機関コード		店舗コード							
フリガナ										
口座名義人										
(相続人代表変更の場合のみ該当に☑を記入) 変更理由		従前の相続人代表の希望等による								
		従前の相続人代表の死亡による								

(注) 申立者と口座名義が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入ください。

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

私(申立者)は、上記被相続人の死亡に伴い「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて支給される後期高齢者医療給付費等について、相続人代表として請求及び給付の権利義務を承継しますので、その支給に関し上記口座へ振込んでいただきますよう申立てます。

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に対処いたします。

(相続人代表) 申立者	住所	〒 - (電話 - -)
	フリガナ	
	氏名	被相続人との関係 ()

平成 年 月 日

【申立人による申立者欄の記入及び捺印ができない場合】

私(提出者)は、申立者に相続人代表となる意思を確認した上で、上記申立者欄を代筆いたします。

(申立者と提出者が異なる場合) 提出者	住所	〒 - (電話 - -)
	氏名	申立者との関係 ()

【市町記入欄】

市町(支所)名 { }	受付日 { H . . }	受付者名 { } ・ 郵送
提出者確認方法 (右記 番で確認)	個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 被保険者からの委任状持参 申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 成年後見人等を示す公正証書等の提示 住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 その他 ()	

【広域連合処理欄】

入力日(送付先)	H . .	入力日(口座等)	H . .	処理	月診療分受付
----------	-------	----------	-------	----	--------

(裏)

< 委 任 状 >

私(申立者)は、次の者を代理人と定め、相続人代表申立に伴う受領に関する権限を委任します。

申立者	住 所	氏 名

(口座名義人) 代理人	住 所	氏 名