

＜ 記 入 例 (表) ＞

※黒枠内に必要事項をご記入ください

(表)

後期高齢者医療に係る相続人代表申立書

送付書に記入しています。

死亡された被保険者の方について記入してください。

通帳等を確認のうえ、正確に記入してください。
※ゆうちょ銀行(郵便局)へのお振込みもできます。ただし、
・店名(三桁の漢数字)
・預金種目
・口座番号(七桁)
が必要です。これらは通帳の表紙から1枚開いたページの下部に印字されています。

相続人代表を変更される場合のみ記入してください。

こちらを必ずお読みください。

提出日を記入してください。
※郵送する場合は、投函日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・死亡された方との関係を記入してください。

窓口で相続人代表(申立者)以外の方がご提出いただく場合に記入が必要となります。

(死亡した被保険者) 被相続人	保険者番号	3	9	4	1	2	0	0	0			
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7			
	フリガナ	コウイキ タロウ										
	氏 名	広域 太郎										
	生年月日	明・大・ 昭 3年 2月 1日										
	死亡年月日	令和 3年 4月 1日										
振込先口座	金融機関名				預金種目		口座番号(右詰)					
	広域	銀行	大和	本店	1 普通	1	2	3	4	5	6	7
		金庫		支店	2 当座							
	信用組合				支所	4 貯蓄						
	農協・漁協				出張所							
金融機関コード				店舗コード								
8 4 7 6				0 6 4								
フリガナ				コウイキ イチロウ								
口座名義人				広域 一郎								
(※相続人代表変更の場合のみ該当に☑を記入) 変更理由				<input type="checkbox"/> 従前の相続人代表の希望等による <input type="checkbox"/> 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。

○年 ○月 ○日

(相続人代表) 申立者	住所	〒840-0201 (電話 0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地
	フリガナ	コウイキ イチロウ
	氏名	広域 一郎 被相続人との関係 (子)

【申立者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。

提出者 (※申立者と異なる場合)	住所	〒840-8501 (電話 0952-40-7274) 佐賀県佐賀市栄町1番1号
	氏名	広域 花子 申立者との関係 (妹)

(注) 申立者と口座名義人が違う場合は、裏面の委任状も忘れずに記入してください。

< 記入例 (裏) >

(裏)

申立者と口座名義人が違う場合は、この委任状も忘れずに記入してください。

< 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
代理人 (口座名義人)	住 所	氏 名
		申立者との関係 ()

申立者の住所氏名を記入してください。

口座名義人の住所氏名を記入してください。

相続人関係図(法定相続人の確認)

※遺言や遺産分割協議書がある場合を除く。

第2順位の法定相続とは、
 ①第1順位の法定相続人(配偶者)も(子)もない場合に法定相続が発生する。
 ②配偶者は存在し、(子)やその代襲相続人がすべて被保険者の死亡前に死亡している場合、又はそもそも子がいない場合、法定相続が発生する。

第3順位の法定相続とは、
 ①第1順位の法定相続人、第2順位の法定相続人がすべていない場合に法定相続が発生する。
 ②配偶者は存在し、第1順位の法定相続人、第2順位の法定相続人がすべて存在しない場合、法定相続が発生する。

