

(表)

後期高齢者医療に係る相続人代表申立書

(死亡した被相続者) 被相続人	保険者番号	3	9	4	1					
	被保険者番号									
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	明・大・昭			年	月	日			
	死亡年月日				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								
	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		<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。

(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 ()

年 月 日

【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。

(※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 []	受付者名 []	郵送
提出者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②申立者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()		

〔広域連合処理欄〕

入力日(送付先)	入力日(口座等)	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

代理人 (口座名義人)	住 所	氏 名