

相続人代表者指定届

年 月 日

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長  
 大山崎町長

〒

相続人代表者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

私は、下記の被保険者（被相続人）の相続人を代表し、国民健康保険・後期高齢者医療保険の入院時食事療養費・入院時生活療養費の差額、療養費、高額療養費、高額介護合算療養費その他の給付金について、全額を受領します。

なお、受領した給付金は相続財産として適切に取り扱うとともに、相続人間で争い等があった場合は、私（相続人代表者）が対応し、相続人間で解決することを誓約します。

相続人代表者以外に相続人がおられない場合は、以下に☑を記入してください

被保険者（被相続人）には、私以外の相続人はいません。

(チェックされた場合は、裏面の委任状の記入は不要です。)

被 保 険 者 （ 被 相 続 人 ）	被保険者番号											
	住 所	<input type="checkbox"/> 相続人代表者と同じ										
	氏 名											
	生年月日	明・大・昭			年		月		日			
	死亡日	年			月		日					
相 続 人 代 表 者 振 込 先		銀 行	信 用 金 庫	信 用 組 合	協 同 組 合	( )		本 店	支 店	預 金 種 別	普 通 座 蓄	普 当 貯
	口座番号											
	口座名義人 (カタカナ)											

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名（漢数字）・預金種目・口座番号を記入してください。

(代表者以外に相続人がいる場合、裏面の委任状も記入してください。)

# 委 任 状

私は、被保険者（被相続人） \_\_\_\_\_ に係る国民健康保険・後期高齢者医療保険の入院時食事療養費・入院時生活療養費の差額、療養費、高額療養費、高額介護合算療養費その他の給付金の受領に関する権限を相続人代表者 \_\_\_\_\_ に委任します。また、相続人間で争い等が生じた場合は、相続人間で解決します。

〔相続人代表者以外の相続人〕 ※相続権を有する方全員について記入してください。

住 所	氏 名（署名）	被 相 続 人 と の 続 柄
（電話番号： _____ ）		
（電話番号： _____ ）		
（電話番号： _____ ）		
（電話番号： _____ ）		
（電話番号： _____ ）		
（電話番号： _____ ）		

やむを得ない理由で委任が得られなかった相続人の数 _____ 人
理由：

（市町村記入欄）

届出者が相続人であること及び相続人代表者と被相続人の関係を公簿により確認しました。	
（確認した公簿）	
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療標準システム、市町村業務システム【住民票上の同世帯であった場合】 <input type="checkbox"/> 住民系の戸籍システム【本町の戸籍で関係が確認できる場合】（担当者） _____ <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、原戸籍、除籍謄本など公的証明書【他市町村等で発行された書類を添付する場合】 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】	
（確認日）	年 月 日
（確認者）	