

相 続 人 代 表 届

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

届 出 者 郵便番号 〒 _____
(相続人代表) 住 所 _____
氏 名 _____
連絡先 _____

被保険者からみた続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 ()

(民法の規定による優先順位が最上位の相続人のみ届出できます)

私は、相続人代表として、下記被保険者の死亡にともない、高齢者の医療の確保に関する法律に基いて支給される後期高齢者医療給付の受領を行うことを届け出いたします。

なお、他の相続人に対しましては、私(届出者)が責任を持って対応いたします。

被 保 険 者	被保険者番号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	

上記の支給について、下記の口座に振込ください。

振 込 先	支払区分	口座振込	預 金 種 別	1 : 普通	銀 行 農 業 協 同 組 合 信 用 金 庫 信 用 組 合	本 店 支 店 出 張 所
	金融機関コード			2 : 当座		
	口座番号		3 : その他	(カナ) 口座名義人		

※ 被保険者が死亡後の給付金は相続財産となるため、民法の規定による優先順位が最上位の相続人にのみ給付できます。

※ この届は、後期高齢者医療給付の請求受領に関して代表者を届出いただくものですので、全ての相続に影響するものではありません。

市町村確認欄

死亡年月日		高額療養費申請(口座登録) 有・無
入力確認欄	<input type="checkbox"/> 口座変更入力(口座登録有の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 送付先入力
給付関係通知送付先確認	相続人代表宛 ・ 別紙送付先届のとおり	

※過去に高額療養費申請(口座登録)有の場合は、口座変更と送付先変更の両方を入力すること。

また、過去に高額療養費申請(口座登録)無の場合は、送付先のみ入力すること。

※給付関係送付先確認については口頭で確認し○をする。相続人代表宛としない場合は送付先届を提出してもらうこと。

相続人代表届

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

令和元年5月10日

届出者 郵便番号 〒 890 - 0064

(相続人代表) 住所 鹿児島市鴨池新町〇番〇号

氏名 広城 次郎

連絡先 099-206-1398

被保険者からみた続柄 配偶者・子・その他()

(民法の規定による優先順位が最上位の相続人のみ届出できます)

私は、相続人代表として、下記被保険者の死亡にともない、高齢者の医療の確保に関する法律に基いて支給される後期高齢者医療給付の受領を行うことを届け出いたします。

なお、他の相続人に対しましては、私(届出者)が責任を持って対応いたします。

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
	氏名	広城 太郎
	生年月日	明治・大正・昭和 10年7月4日
	住所	鹿児島市鴨池〇丁目〇番〇号

上記の支給について、下記の口座に振込ください。

振 込 先	支払区分	口座振込	預金種別	① 普通 2: 当座 3: その他	給付	銀行 農業協同組合 信用金庫 信用組合	鴨池 本店支店 出張所
	金融機関コード						
	口座番号	0 0 5 4 3 2 1	口座名義人	(カナ) コウイキ ジロウ 広城 次郎			

※ 被保険者が死亡後の給付金は相続財産となるため、民法の規定による優先順位が最上位の相続人にも給付できません。

※ この届は、後期高齢者医療給付の請求受領に関して代表者を届出いただくものですので、全ての相続に影響するものではありません。

市町村確認欄

死亡年月日	令和元年5月〇日	高額療養費申請(口座登録)	有・無
入力確認欄	口座変更入力(口座登録有の場合のみ)	<input checked="" type="checkbox"/>	送付先入力 <input checked="" type="checkbox"/>
給付関係通知送付先確認	相続人代表宛・別紙送付先届のとおり		

※過去に高額療養費申請(口座登録)有の場合は、口座変更と送付先変更の両方を入力すること。

また、過去に高額療養費申請(口座登録)無の場合は、送付先のみ入力すること。

※給付関係送付先確認については口頭で確認し〇をする。相続人代表宛としない場合は送付先届を提出してもらうこと。