

# 後期高齢者医療に係る相続人代表指定届

受付日付印

死亡した被保険者 (被相続人)	保険者番号	3	9	3	2						
	被保険者番号										
	被保険者氏名										
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	死 亡 年月日	令 和	年	月	日	

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

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受領する相続人代表として届け出ます。

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対処いたします。

令和 年 月 日		
相続人代表者	住 所	〒 -
	フリガナ	
	氏 名	
	電 話 番 号	( ) -
	死亡した被保険者との関係	配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹・その他 ( )

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は ( ) 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先口座	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 ( )
口座番号等 左詰記載してください								市町村 確認欄	
口座名義人 (カタカナ)									

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

※後期高齢者医療に関する書類の送付先を、相続人代表者住所と異なる住所に希望される場合、以下の送付先届出欄もご記入ください。

(送付先届出欄)

私（相続人代表者）は、後期高齢者医療に関する書類の送付先を次のとおり届け出ます。

相続人代表者 住所：.....

氏名：..... 印

送付先  
(宛名) 〒 ー  
住所：.....

氏名：.....

相続人代表者との関係：( )

※市町村使用欄

公 簿 確 認		口 座 入 力		送 付 先 入 力		備 考	
------------------	--	------------------	--	-----------------------	--	--------	--