

相続人代表者指定届

年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

京 都 市 長
京 都 市 区 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、国民健康保険及び後期高齢者医療制度に係る未支給の給付金、重度障害老人健康管理費支給制度に係る未支給の健康管理費について、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。

被保険者（被相続人）には、私及び裏面委任状欄に記載されている相続人以外の相続人はいません。
（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。）

被 保 険 者 （ 被 相 続 人 ）	被保険者番号 国保記号番号						
	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 貯 蓄			
	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。

委任状

私は、被保険者（被相続人） _____ に係る国民健康保険及び後期高齢者医療制度に係る未支給の給付金，重度障害老人健康管理費支給制度に係る未支給の健康管理費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	被相続人との続柄

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）

（確認した書類等）

- 後期高齢者医療標準システム，市町村業務システム
- 戸籍謄本，原戸籍，除籍謄本など公的証明書
- その他（ _____ ）

（確認日）

年 月 日

（確認者）