

後期高齢者医療相続人代表者指定（変更）届

平成 年 月 日

(宛先) 小金井市長

後期高齢者医療広域連合長

(届出者) 住所 届出者様の住所・お名前を  
氏名 ご記入ください。

被相続人に係る後期高齢者医療保険料の納付・還付または後期高齢者医療現金給付の受領について、相続人代表者を指定（変更）しましたので、次のとおり届け出ます。

これら受領等に関して相続人間で争いが生じた場合、相続人代表者がその責務を負います。

被 相 続 人	氏 名	小金井 太郎	被保険者番号	12345678
	死亡時の住所	住民票上の最後の住所をご記入ください (病院などお亡くなりになった場所ではありません)		
	死亡年月日	死亡年月日をご記入ください。		
相 続 人	氏 名	被相続人と の続柄	住 所	
	(代表者)		〒 -	相続人代表者様の情報を記入ください。
	①		(電話)	
	①	代表者様以外の法定相続人様の署名捺印欄です。 ※ 相続人様全員分の自署による署名・捺印をお願いします。(代表者同意の意味合いです) ※ 全員分の署名が難しい場合は、「申立書」をご提出ください。		
	①			
①				
	①	※ 相続人様全員分の署名・捺印をいただいているか、また、これが難しく「申立書」を提出されるか、確認のためチェックください。		
備 考	(提出状況について どちらかにチェックください)			
	<input type="checkbox"/> 法定相続人全員の署名・押印が相続人欄にあります。 <input type="checkbox"/> 法定相続人について全員の署名・押印が難しいため「申立書」を別途添付します。			

- 「振込口座指定（変更）届」を本紙とセットで提出ください。
- 代表者様と被相続人様の関係がわかる戸籍の謄本又は抄本（コピー）を添付ください。

※お二方が、「同一の戸籍」かつ「住民票上の世帯主が同一」の場合、省略できることがあります。電話にて確認ください。

市 記 入 欄	標準システム	e-Suite	給付
	確認	確認	最終確認