

後期高齢者医療制度に関する相続人代表者選任届

年 月 日

藤井寺市長 様

相続人の代表者

氏名

被相続人に係る後期高齢者医療制度に関する徴収金の賦課納付及び還付、療養費の給付に関する書類を受領する代表者として、協議しました結果、下記のとおり選任しましたので届けます。

記

相続人の代表者	住所	〒										
	(フリガナ) 氏名											
	生年月日	年 月 日										
	被相続人との続柄	電話番号 ()										
被相続人	被保険者番号											
	住所	〒										
	(フリガナ) 氏名											
備考												

※相続人の代表者は次の方から選任してください。

- ①被相続人の配偶者・子・親・兄弟姉妹
- ② ①に該当する者がいない場合は被相続人の 孫・甥・姪

※①・②に該当する相続人がいない場合には「被相続人」欄と「備考」欄に届出人の住所・氏名
電話番号・被相続人とのご関係及び相続人のいない旨をご記入のうえ提出してください。

処理欄		日付	／	広域入力
		日付	／	市入力