

後期高齢者医療制度に関する相続人代表者選任届の書き方

年 月 日

この届出書は、お亡くなりになられたかたの後期高齢者医療制度に関する賦課納付及び還付、療養費の給付に関する書類を受領する代表者を選任(決定)する申請書になります。記入漏れの無いことを確認のうえ、市役所まで提出(郵送でも受付可能)してください

必ず相続人の代表者名を記入してください。

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。

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		わからない場合は省略してください。																			
被相続人	被保険者番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
	住所	〒																					
(フリガナ) 氏名	お亡くなりになられたかたの、住所・氏名・フリガナをご記入ください。																						
備考																							

相続人の代表者の住所・氏名・フリガナ・生年月日・お亡くなりになられたかたとの続柄と電話番号をご記入ください。

お亡くなりになられたかたの、住所・氏名・フリガナをご記入ください。

※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

※①・②に該当する相続人がいない

電話番号・被相続人とのご関

必ず注意事項をよく読んだ上で、ご記入ください。ご不明な際は下記までお問合わせください。

〒583-8583 大阪府藤井寺市1丁目1番1号
藤井寺市役所保険年金課福祉医療担当
電話 072(939)1111(内線)1466・1467・1475