

相続人代表者指定届

東 広 島 市 長 様

私は、死亡者の相続人代表として、以下の項目について承諾します。
なお、他の相続人に対しては、私が責任をもって異議のないよう処置します。

死亡者の住所・氏名

住所 _____
氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

国民健康保険に関すること (↓該当するものに☑)

☐	・国民健康保険税の納付、又は還付金の受領、及び納付書の送付先 (滞納税がある場合は、滞納分に充当することも併せて承諾します。)
☐	・国民健康保険療養費、高額療養費、高額介護合算療養費の申請及び受領

後期高齢者医療保険に関すること (↓該当するものに☑)

☐	・後期高齢者医療保険料の納付、又は還付金の受領、及び納付書の送付先
--------------------------	-----------------------------------

介護保険に関すること (↓該当するものに☑)

☐	・介護保険料の納付、又は還付金の受領、及び介護保険の各種給付費の受領、(介護保険料の滞納がある場合は、各種給付費の支払いをその保険料に充当することも併せて承諾します。) ・介護予防・日常生活支援総合事業の各種給付費の受領
--------------------------	---

介護保険に関することについては、相続人代表者となられる方は、「相続人代表者指定届」と「口座振込依頼書」を提出してください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
〒 _____

相 続 人 代 表 者 住 所 _____

(被保険者との続柄) フリガナ
・ 配偶者 ・ 子 氏 名 _____
・ その他 () 電 話 (_____)

※続柄の確認のため、戸籍謄本等を添付していただく場合があります。
※後期高齢者医療給付費に関する届出については、広域連合から別途案内があります。

【市役所使用欄】	〔宛名〕（ ）			〔介護〕（ ）		
記 号 番 号	〔国保〕（ ）			〔後期〕（ ）		
受付部署に○（受付 部署原本保管）	・ 国保係 （ / コピー手交）		・ 医療給付係 （ / コピー手交）		・ 介護保険課 （ / コピー手交）	
本人確認（届出者）	☐ 運転免許証 ☐ 写真付公的証明書（ ） ☐ その他（ ）					

※支所・出張所で受け付けた場合は、原本を介護保険課か国保年金課へ送送してください。