

相 続 人 代 表 者 届

(後期高齢者医療給付用)

被保険者番号										住 所	
フリガナ											
被相続人 (亡くなられた被保険者)											
死亡年月日	令和	年	月	日							

東京都後期高齢者医療広域連合長 ・ 東久留米市長 あて

被相続人(亡くなられた被保険者)にかかる後期高齢者医療給付費の申請、受領する代表者として下記のとおり届けます。

令和 年 月 日

	氏 名	続柄	住 所
相続人代表者 (申請者)			〒
			電話 ()
相 続 人			
相 続 人			
相 続 人			
相 続 人			
相 続 人			
相 続 人			
相 続 人			

※「続柄」は、被相続人(亡くなられた被保険者)からみた続柄となります。

【A】上記の相続人欄および以下の申立書をご記入の上、相続人代表者の身分証明書の写しを添付してください。

※写真付き身分証明書は1点、それ以外は2点

申立書

東京都後期高齢者医療広域連合長 ・ 東久留米市長 あて

上の相続人代表者届にもとづき、私は相続人代表者として上記被相続人の後期高齢者医療給付費を受領したことについて、第三者より異議等申立てがあった場合、私の責任においてその第三者との間で問題の処理にあたることを申立てます。

令和 年 月 日 相続人代表者 氏名 _____

【B】または、相続関係確認のため、被相続人(亡くなられた被保険者)および相続人全員の戸籍謄本(除籍・改製原を含む、写し可)を添付し、裏面の委任状をご記入ください。

収受印					
	受付	入力	確認	給付 送付先	送付先 確認

《提出・問い合わせ先》

東久留米市役所 福祉保健部

保険年金課 高齢者医療係

TEL 042-470-7846(直通)

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 ・ 東久留米市長 あて

被相続人(亡くなられた被保険者)

氏 名 _____ (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日死亡)

住 所 _____

被保険者番号(_____)

上記被相続人に係る後期高齢者医療給付費の支給申請、請求及び受領を行う代表者として、下記のものに権限を委任します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

相続人代表者

氏 名 _____ (被相続人との続柄 _____)

住 所 _____

委任者

氏 名 _____ (被相続人との続柄 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ (被相続人との続柄 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ (被相続人との続柄 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ (被相続人との続柄 _____)

住 所 _____