

後期高齢者医療相続人代表者指定（変更）届

令和 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 _____
氏名 _____

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		被保険者番号	
	死亡時の住所			
	死亡年月日			
相 続 人	氏 名	被相続人 との続柄	住 所	
	(代表者)		〒 ー	
	⑩		(電話)	
	⑩			
	⑩			
	⑩			
⑩				
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。			

※ 相続人氏名欄は署名捺印

市 記 入 欄	標準システム	e-Suite	給付
	確認	確認	最終確認