

後期 高齢者 医療	被保険者番号	介護 保険	被保険者番号	国民 健康 保険	記号番号

## 相続人代表者に関する届

令和 年 月 日

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

(あて先) 浜松市長

郵便番号 〒

住 所

(マンション名、室番号等)

電 話 ( ) -

相続人代表者 氏 名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

被相続人との続柄

(死亡者からみた続柄)

※ 下記被相続人死亡後における、被相続人にかかる

}	後期高齢者医療の医療給付 後期高齢者医療保険料の還付等 介護保険の給付 介護保険料の還付等 国民健康保険料の還付等
---	---

に関する事項については、私が引き継ぎ、今後この相続の承継に関する紛議等生じた場合  
 においては、その責任を負うことを届け出ます。

※ 該当しない事項については、二重線で消してください。

### 記

被 相 続 人 者 )	死亡時の 住(居)所	浜松市 区
	(住民登録地)	<input type="checkbox"/> 相続人代表者と同じ (マンション名、室番号等)
	氏 名 (生年月日)	(明治・大正・昭和・平成 年 月 日)
	死亡年月日	令和 年 月 日

振込先金融機関名		金融機関コード	支店コード
振込先 口座	銀行	本店	口座番号 (右詰でご記入ください)
	信用金庫	支店 当座	
	農協	支所 普通	
		出張所	
	フリガナ		
	口座名義人		

口座連絡依頼済

☆: ゆうちょ銀行を希望される方は、「振込用」の店名・口座番号を記入してください。

注: 法令により、国民健康保険医療給付については、別途申請が必要となります。  
 ご記入いただいた情報を、送付先として使用することがあります。

注: 代理受領者を設定する場合には、裏面の委任状も記入してください。

浜 松 市 使 用 欄	写し回送先確認欄	後期	介護	国保
	給付口座入力	送付先入力		

**\* 後期高齢に資格がある場合、  
 原本は、広域連合に送付する。**

相続人代表と申請書の提出者が違う場合 (提出者: \_\_\_\_\_)

# 委任状

私は、「相続人代表者に関する届」の申請にあたり

( 住所 \_\_\_\_\_ )  
( 氏名 \_\_\_\_\_ ) を代理人と定め

表記被相続人(死亡者)に関する給付金等の受領を委任いたします。

## 記

振込先金融機関名		金融機関コード		支店コード	
代理受領者の振込先口座	銀行	本店	当座	口座番号 (右詰でご記入ください)	
	信用金庫	支店	普通		
	農協	支所			
		出張所			
フリガナ					
口座名義人					

上記の口座に振込み依頼することを代理受領者と共に連署をもって申請いたします。

令和 年 月 日

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長  
(あて先) 浜松市長

委任者  
(相続人代表者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

代理受領者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

自署でない場合は押印をしてください。