

相続人代表者指定（変更）届

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様
熊本市長 様

年 月 日

私は、下記の者（亡くなった方）の相続人を代表して、介護保険・後期高齢者医療の還付・納付・給付等に関する書類を受領し、請求・申請・受領等を行います。これらの還付・給付の対象となった場合は、その還付金・給付金（以下「還付金等」という。）を下記の口座に振り込んでください。このうち、熊本市から支払われる還付金等の請求を所管課長に委任します。

なお、本届出に関して相続人間で異議が生じた場合は、他の相続人に対し、私が責任を持って処理します。また、相続放棄等の理由により支給要件に該当しなくなった場合は相続放棄申述受理通知書を添えて届出取下書を提出し、併せて還付金等の受領後であった場合は当該還付金等を返還します。

※相続人代表者はあくまで手続き上の代表者であり、相続人代表者だけに上記の制度に関する権利や義務を承継させる届出ではありません。

＜亡くなった方＞（被相続人）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 (建物名等)	死亡年月日	年 月 日

＜相続人代表者＞

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名（自署）	日中連絡先	— —
住所	〒 — □ 亡くなった方と同じ（記入不要）	被相続人との続柄	亡くなった方から見て

＜還付金及び給付金の振込口座＞（相続人代表者以外の方の口座への支払いを希望の場合、委任状が必要です。別途、担当窓口へお問合せください。）

口座名義人 (カタカナで記入)											市処理欄	—			
ゆうちょ銀行	通 帳 記 号					通 帳 番 号									
	1				0	—								1	
ゆうちょ銀行以外の金融機関					口 座 番 号										
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協					本店 支店	□ 普通 □ 当座									

＜窓口に来られた方＞（届出人） □ 相続人代表者の方と同じ（以下の欄は記入不要）

氏名		被相続人との続柄	亡くなった方から見て	日中連絡先	— —
----	--	----------	------------	-------	-----

熊本市使用欄

相続人代表者と被相続人の続柄の確認書類		相続人代表者宛名番号	受付者
□ 公簿等 □ 公的証明 □ その他 ()			
その他確認事項		被相続人宛名番号	確認者
□ 相続の順位等	□ (代理人の場合) 委任状添付		

(受付印)

