相 続 人 代 表 申 立 書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長　宛
芦屋市長　宛

私は、被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が死亡したため、以下の同意事項を確認の上、この者の相続人代表として後期高齢者医療保険料を納付し、また還付金を受領すること（※1）、送付先を変更することを申し立てます。

なお、他の相続人から異議の申し立てがあったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合及び貴市には一切迷惑をかけないことを確約します。

（※1）私以外の口座名義を指定している場合、当該口座名義人を受任者とし、今後発生する後期高齢者医療保険料還付金の受領の権限を委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者

被保険者番号			
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・（西暦） 年　　月　　日
氏　　名			
住所			

申立人（相続人代表）　※チェックがない場合、相続人代表宛に郵便物を送付します。

住　　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－	□ 被保険者の住所宛てに郵便物の送付を希望する □ 相続人代表の住所宛てに郵便物の送付を希望する □ 現在登録している住所宛てに郵便物の送付を希望する □ 別住所に郵便物の送付を希望する（要：別途書類）	
フリガナ		被保険者との続柄	
氏　　名 （自署）			

申立人（相続人代表）の登録口座

金融機関名	銀　　行 信用金庫 信用組合	支店名	本　店 支　店 出張所
コード		コード	
預金種別	普　通　・　当　座　・　貯　蓄	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

＜添付書類＞

・被保険者と申立人（相続人代表）の関係が分かるもの（戸籍謄本（抄本）等）（コピー可）
　※被保険者と申立人（相続人代表）が住民票上同じ世帯の場合は添付不要です。（同じ住所でも、住民票上別の世帯の場合は添付が必要です。）
・申立人（相続人代表）の本人確認書類の写し（顔写真あり１点、顔写真なし２点）

＜同意事項＞

・相続人代表者は、被保険者の後期高齢者医療保険に関するすべての書類を相続人の代表として受領します。
・本申立書はすべての相続人の同意を得て、提出されたものとみなします。
・相続人代表者を変更する場合、再度この書類を提出する必要があります。
・送付文書の不着返戻等の事情により、申立てのあった相続人代表者に送付することが不適当であると市が判断した場合、予告なく別の相続人に書類を発送する場合があります。
・相続人及び関係者から申出があった場合、本申立書の閲覧または写しの交付を行う場合があります。
・この書類に記載された情報及び添付書類は、芦屋市において次に掲げる業務の相続人調査及び決定のために、各部署に情報提供を行うことに同意します。
　国民健康保険・後期高齢者医療保険（保険課）、介護保険（高齢介護課）、市税（課税課）、各徴収業務（債権管理課）
・申立人が相続人でないことが判明した場合、予告なく本書類で設定したすべてを解除します。

芦屋市使用欄

宛名番号		受付者		確認者	
＜本人確認＞ 書類名：免（経）・マイ・パ・障・保・介 その他：（　　）		特記事項	□ 同意事項説明済（窓口のみ）		