

相 続 人 代 表 届

日置市長 様

令和 年 月 日

届 出 者 郵便番号 〒 —
(相続人代表) 住 所
氏 名 印
連絡先

被保険者からみた続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 ()

(民法の規定による優先順位が最上位の相続人のみ届出できます)

私は、相続人代表として、下記被保険者の死亡にともない、医療の確保に関する法律に基づいて支給される国民健康保険医療給付の受領を行うことを届け出いたします。
なお、他の相続人に対しましては、私(届出者)が責任を持って対応いたします。

被 保 険 者	被保険者番号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	

上記の支給について、下記の口座に振込ください。

振 込 先	支 払 区 分	口 座 振 込				預 金 種 別	1 : 普通	銀行 農業協同組合 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
	金融機関コード						2 : 当座		
	口 座 番 号						3 : その他		
							口座名義人	(カナ)	

※ 被保険者が死亡後の給付金は相続財産となるため、民法の規定による優先順位が最上位の相続人にのみ給付できます。

※ この届は、国民健康保険医療給付の請求受領に関して代表者を届出いただくもので、全ての相続に影響するものではありません。

市町村確認欄

死亡年月日		高額療養費申請（口座登録） 有 ・ 無
入力確認欄	☐ 口座変更入力（口座登録有の場合のみ）	☐ 送付先入力
給付関係通知送付先確認	相続人代表宛 ・ 別紙送付先届のとおり	

※過去に高額療養費申請（口座登録）有の場合は、口座変更と送付先変更の両方を入力すること。
また、過去に高額療養費申請（口座登録）無の場合は、送付先のみ入力すること。
※給付関係送付先確認については口頭で確認し○をする。相続人代表宛としない場合は送付先届を提出してもらうこと。