

＜ 記 入 例 (表) ＞

(表)

後期高齢者医療に係る相続人代表申立書

被保険者証に記載されていますので、確認のうえ記入してください。

死亡された被保険者の方について記入してください。

通帳等を確認の上、正確に記入してください。

※ゆうちょ銀行(郵便局)へのお振込も出来ます。但し、振込用の店名(三桁の漢数字)・預金種目・口座番号(七桁)が必要です。

相続人代表を変更される場合のみご記入下さい。

こちらを必ず、お読みください。

提出日を記入してください。

※郵送する場合は、投函日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・死亡された方との関係を記入のうえ、捺印してください。

窓口に相続人代表(申立者)以外の方がご提出いただく場合に記入が必要となります。

(死亡した被保険者)	保険者番号	3	9	4	1	2	0	0	0					
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7					
	フリガナ	コウイキ タロウ							性別	男・女				
	氏名	広域 太郎												
	生年月日	明・大			昭	3年		2月		1日				
	死亡年月日	〇年〇月〇日												
振込先口座	金融機関名	銀行 本店			① 普通		口座番号(右詰)							
	広域	金庫 大和			支店		2 当座	1	2	3	4	5	6	7
		信用組合			支所		4 貯蓄							
		農協・漁協			出張所		9 その他							
	金融機関コード	店舗コード												
フリガナ	コウイキ イチロウ													
口座名義人	広域 一郎													
(※相続人代表変更の場合のみ該当に☑を記入) 変更理由	<input type="checkbox"/> 従前の相続人代表の希望等による <input type="checkbox"/> 従前の相続人代表の死亡による													

(注) 申立者と口座名義が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入下さい。

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

私(申立者)は、上記被相続人の死亡に伴い「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて支給される後期高齢者医療給付費等について、相続人代表として請求及び給付の権利義務を承継しますので、その支給に関し上記口座へ振込んでいただきますよう申立てます。
なお、他の相続人に対しましては、私が責任を持って異議のないように対処いたします。

〇年〇月〇日

(相続人代表)	住所	〒840-0201 (電話 0952-64-8476)	
	フリガナ	コウイキ イチロウ	
	氏名	広域 一郎	広域印 被相続人との関係(長男)

【申立人による申立者欄の記入及び捺印ができない場合】

私(提出者)は、申立者に相続人代表となる意思を確認した上で、上記申立者欄を代筆いたします。

(※申立者と提出者が異なる場合)	住所	〒840-8501 (電話0952-62-0150)	
	フリガナ	コウイキ イチロウ	
	氏名	広域 花子	広域印 申立者との関係(妹)

(注) 申立者と口座名義人が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入ください。

< 記 入 例 (裏) >

(注)申立者と口座名義人が違う場合は、この委任状も忘れずにご記入ください。

申立者の住所氏名を記入のうえ捺印してください。

口座名義人の住所氏名を記入のうえ捺印してください。

(裏)

< 委 任 状 >

私(申立者)は、次の者を代理人と定め、相続人代表申立に伴う受領に関する権限を委任します。

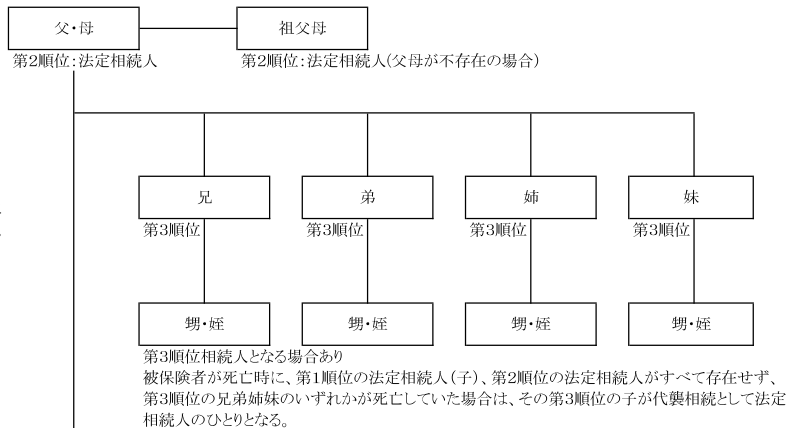
申立者	住 所	氏 名
	④	
代理人 (口座名義人)	住 所	氏 名
	④ 申立者との関係 ()	

相続人関係図(法定相続人の確認)

※遺言や遺産分割協議書がある場合を除く。

第2順位の法定相続とは、
 ①第1順位の法定相続人(配偶者)も(子)もない場合に法定相続が発生する。
 ②配偶者は存在し、(子)やその代襲相続人がすべて被保険者の死亡前に死亡している場合、又はそもそも子がいない場合、法定相続が発生する。

第3順位の法定相続とは、
 ①第1順位の法定相続人、第2順位の法定相続人がすべていない場合に法定相続が発生する。
 ②配偶者は存在し、第1順位の法定相続人、第2順位の法定相続人がすべて存在しない場合、法定相続が発生する。



第1順位

