

# 相 続 人 代 表 届

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

届 出 者 郵便番号 〒 \_\_\_\_\_  
(相続人代表) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_  
被保険者からみた続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 ( )

(被保険者の相続人等が届出できます)

私は、相続人代表として、下記の被保険者死亡後、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被保険者に係る後期高齢者医療給付の受領及び被保険者に係る支給に対して返納すべき事由が発生した際の納付を行うことを届け出ます。

なお、この届に対し他の相続人等から異議申立があった場合は、私（届出者）が責任を持って対応します。

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、下記の口座に振り込んでください。

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		
					(カナ)	
				口座名義人		

※ 相続人代表とは、他の相続人等を代表して後期高齢者医療に関する手続等を行う者であり、支給される後期高齢者医療給付の受領及び被保険者に係る支給に対し返納すべき事由が発生した際の納付の権利義務は、他の相続人等全員が継承するものです。

※ この届は、後期高齢者医療に関して代表者を届け出るものです。  
後期高齢者医療に関する手続等以外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	<input type="checkbox"/> 口座変更入力（口座登録有の場合のみ）	<input type="checkbox"/> 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。