

相続人代表者届出書

羽曳野市長様

下記被保険者に係る各保険料の賦課徴収及び還付並びに保険給付金の受領に関する相続人の代表者を、次のとおり届け出ます。また、各保険に関する通知文書等は、下記相続人代表者に送付するよう併せて届け出ます。なお、相続人間で問題が生じた場合は、下記のとおり解決することを誓約します。

被保険者(被相続人)

フリガナ		生年月日	
氏名			
住所		死亡年月日	
加入保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/> 介護保険
被保険者番号			

誓約事項

私(相続人代表者及び届出人)は、今後、私と私以外の相続人及び私以外の相続人間で問題が生じた場合、並びに相続人代表者が相続人とならなかった場合に問題が生じた場合、貴市に迷惑をかけることなく、私が一切の責任を負います。

(相続人代表者)

フリガナ

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住所: 〒 _____

電話番号: _____ 被相続人との続柄: _____

※原則として、被保険者と相続人代表者との関係が確認できる戸籍謄抄本等(写しでも可)を添付してください。なお、羽曳野市で住民票上同一世帯であれば添付を省略できる場合や、過去にさかのぼって複数の戸籍(除籍)が必要となる場合もあります。詳しくはお問い合わせください。

(届出人)

相続人代表者と同じ(記入不要)

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住所: 〒 _____

電話番号: _____ 被相続人との続柄: _____

※届出にあたり、裏面の「届出にあたっての注意事項」をご確認ください。

聞き取り内容等					
受付番号	受付者	入力	確認	個人番号	戸籍等の添付
No.		<input type="checkbox"/> e-AD <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 介護	国保・後期・国滞	No.	<input type="checkbox"/> 添付(有・無)

