

# 申 立 書

被保険者【亡くなった方】

住 所			
氏 名		亡くなった日	令和 年 月 日
被保険者番号	国民健康保険( ) 後期高齢者医療制度( ) 介護保険( )		

上記、被保険者の今後発生する次のことについて、幸手市及び埼玉県後期高齢者医療広域連合からの請求及び支給の一切を、私が相続人の代表として受けたく申請します。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じても私が責任をもって処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

- 国民健康保険税、国民健康保険給付に係る請求及び支給
- 後期高齢者医療保険料、後期高齢者医療給付に係る請求及び支給
- 介護保険料、介護保険給付に係る請求及び支給

令和 年 月 日

【相続人代表者】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

被保険者との続柄
<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )
職員記載 (その他の場合)

幸手市長 あて

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

振 込 先	口座名義人	(フリガナ)							
		銀 行 信 用 金 庫 農 協					本 店 支 店 出 張 支 所		
種別	普通 当座	口座 番号							

\* 相続人代表者以外の口座を指定する場合、裏面の代理人選任届にご記入ください。

保険者記入欄

保険年金課へコピー引渡	介護福祉課へコピー引渡	申立書原本保管課
年 月 日	年 月 日	課 担当

# 代理人選任届

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、上記の者を代理人に選任し、下記の権限を委任したので、お届けします。

記

## 委任事項

- 国民健康保険税、国民健康保険給付に係る受領
- 後期高齢者医療保険料、後期高齢者医療給付に係る受領
- 介護保険料、介護保険給付に係る受領

年 月 日

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(あて先) 幸手市長  
埼玉県後期高齢者医療広域連合