

保険料相続代表者指定(変更)同意書

令和 年 月 日

福知山市長 様

届出人

被相続人に係る徴収金の賦課徴収(滞納処分を除く)及び還付に関する書類を受領する代表者として、下記のとおり指定(変更)し、あわせて「国民健康保険」「介護保険」「後期高齢者医療保険」制度で生じた書類についても受領することに同意します。

被 相 続 人	フリガナ		個人コード()
	氏名		令和 年 月 日死亡
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	(死亡時の) 住所		
相 続 人 代 表 者	フリガナ		
	氏名	続柄()	
	住所	<input type="checkbox"/> 被相続人と同じ	
		(〒 -)	
電話番号	-	-	

《相続人代表者と届出人が異なる場合》

上記届出について、国民健康保険料・介護保険料・後期高齢者医療保険料のうち被相続人が該当する保険料及び「国民健康保険」「介護保険」「後期高齢者医療保険」制度で生じた書類について使用することを承諾します。

相続人代表者

受付印	受付者	国民健康保険	後期高齢者医療保険	介護保険