

国民健康保険に係る相続人代表申立書

被相続人 <small>(死亡した被保険者)</small>	被保険者番号	多 久							
	フリガナ								
	氏 名							性別	男・女
	生年月日	大・昭・平		年	月	日			
	死亡年月日			年	月	日			
申立者 <small>(相続人代表)</small>	住 所	〒 - (電話 - -)							
	フリガナ							被相続人との関係 ()	
	氏 名								
振込先口座	金融機関名			預金種目		口座番号(右詰)			
	銀 行	金 庫	本 店	1 普 通					
	信 用 組 合	支 店	支 所	2 当 座					
	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								
口座名義人									

(注) 申立者と口座名義が違う場合は、下記の委任状にもご記入ください。

〈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
		(印)

代理人 <small>(口座名義人)</small>	住所	氏名
		(印) 申立者との関係 ()

多 久 市 長 様

私（申立者）は、上記被保険者の死亡に伴い、国民健康保険税及び給付等について、相続人代表として請求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。

年 月 日	(記入された方) 提出者	住所	〒 - (電話 - -)					
		氏名	申立者との関係 ()					