

国民健康保険給付費等にかかる相続人代表者届け出 及び支給決定額の代表相続人への受領委任届出書

福 島 市 長 行

令和 年 月 日

代表 相続人	住 所			
	氏 名			
	電話番号	()	続 柄	

被相続人に対する国民健康保険給付費等に関する支給を受領する相続人の代表者について、他の相続人の同意のもと、私に決定しましたので届け出いたします。

また、支給される給付費等については、下記の相続人の委任を受け、私が受領することになりましたので届け出いたします。

なお、この件に関して問題が生じたときには、代表相続人である私が責任をもって解決いたします。

記

1 被相続人（お亡くなりになった方）

被相続人	住 所			
	氏 名			
	死亡年月日	年	月	日

2 相続人（代表相続人及び相続を放棄した方は除いてください。）

住 所	氏 名	続 柄