

# 相続人代表者指定届

亡くなられた方の介護保険料賦課徴収(還付)及び保険給付に関する書類を代表で受け取る方を指定する届出です。相続人代表者は、あくまで手続き上の代表者であり、相続人代表者だけに介護保険料納付等の義務や権利を承継させる届出ではありません。

被 保 険 者	被保険者番号																			
	氏名	様																		
	生年月日																			
	住所	〒 ー																		
	死亡年月日	令和 年 月 日																		

相 続 人 代 表 者	氏名	様																	
	住所	〒 ー																	
	電話番号																		
	被保険者との続柄	配偶者(※1)、子、孫、父母 兄弟姉妹、甥、姪、遺言による相続人(※2)																	

該当する続柄を○で  
囲んでください。

- ※1：内縁関係及び離婚されている場合は該当しません。  
※2：遺言によって、遺産の贈与を受けた方も相続人となります。その場合は、遺言書等の相続関係の証明できる書類の添付をお願いいたします。

## 相続放棄について

相続放棄をされる方は、被保険者情報及び相続放棄される方の氏名を御記入の上、本用紙の余白部分に「相続放棄」と御記入ください。相続放棄申述受理証明書をお持ちであれば、写しを添付いただきますようお願いいたします。

## 職員記入欄 (介護保険事務所 → 大里広域市町村圏組合)

受付入力		項目	チェック欄	広域確認	項目	チェック欄
担 当 者 印		被保険者番号等確認			内容確認	
		送付先情報登録			送付先情報登録	
		メモ登録			メモ登録	
申し送り事項等						大里広域受付印