

# 後期高齢者医療に係る受領申出等届出書

保険者番号	3 9 0 4	被保険者氏名	
被保険者番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
			年 月 日

該当箇所には☑をつけてください

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、相続人代表として、上記被相続人（死亡した被保険者）の死亡にともない、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく後期高齢者医療制度に関して発せられる通知等の受取人となることを申し出ます。併せて後期高齢者医療制度に係る申請、請求及び受領を行うことを申し出ます。

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処理し、宮城県後期高齢者医療広域連合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

平成 年 月 日

（受付日付印）

相続人代表者  
(送付先欄)

フリガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

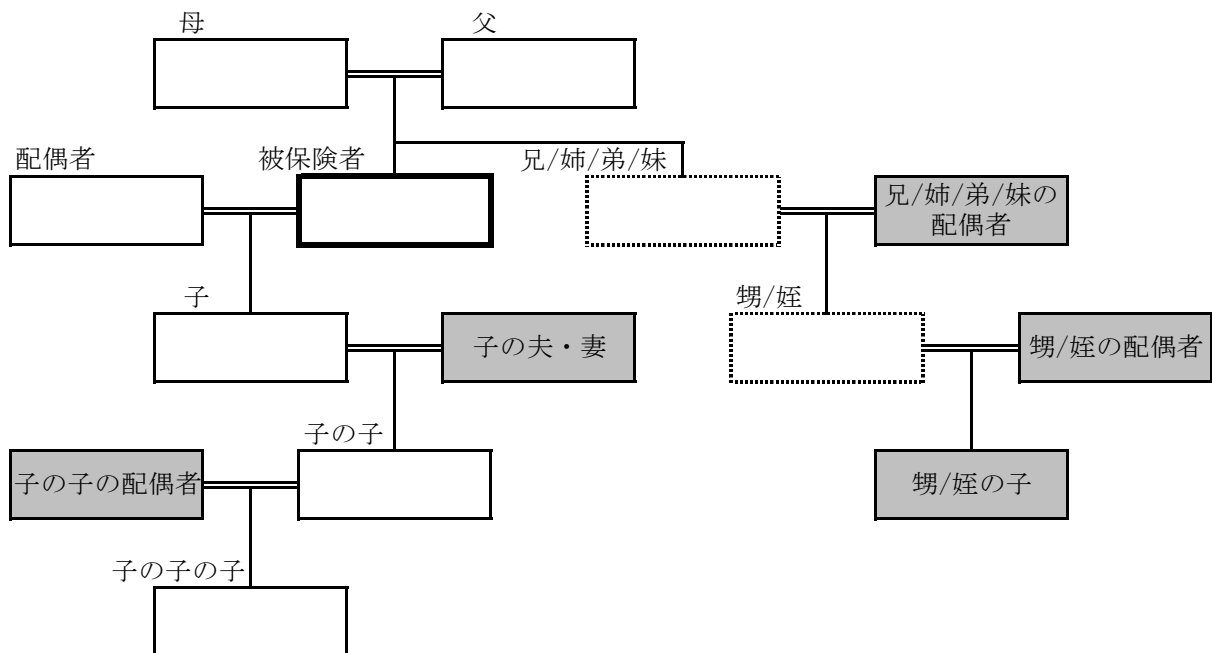
〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先 ☎ \_\_\_\_\_

## 法定相続人図

- ※ 被保険者が死亡後の給付金は相続財産となるため、民法の規定により優先順位が最上位の相続人へのみ給付できます。
- ※ に該当する方は相続人にはなりません（ただし、養子縁組をされている場合は実子と同様の取り扱いとなり、相続人となりえます）。
- ※ 内縁関係の場合は、原則として相続人にはなりません（身寄り等が全くいない場合などは例外有り）。
- ※ 兄/姉/弟/妹については、子および直系尊族がいない場合に相続人となりえます。
- ※ 子の子/子の子の子/甥/姪については代襲相続があった場合（相続人も死亡している場合）にのみ相続人となりえます。
- ※ 相続を放棄された方や既に死亡されている方などの記入は不要です（家系図ではありません）。



様式 H26. 2~	市区町村 確認欄	相続人の優先 順位の確認方法	<input type="checkbox"/> 住基（戸籍）にて確認 <input type="checkbox"/> 申出者へ口頭により確認 <input type="checkbox"/> その他（	システムへの入力	市区町村 確認者	優先順位	印
				<input type="checkbox"/> 入力済 ) (資格, 賦課, 収納, 給付)	入力		印
	葬祭費の申請受付or申請勸奨	受付or勸奨済 <input type="checkbox"/>	高額療養費の口座	登録済み口座へ使用終了日の入力	<input type="checkbox"/>	受領申出者の口座の登録or勸奨	<input type="checkbox"/>