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	被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	明 大 昭 年 月 日

（あて先）宮城県後期高齢者医療広域連合長

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。

※相続放棄をされる方は提出の必要はありません。

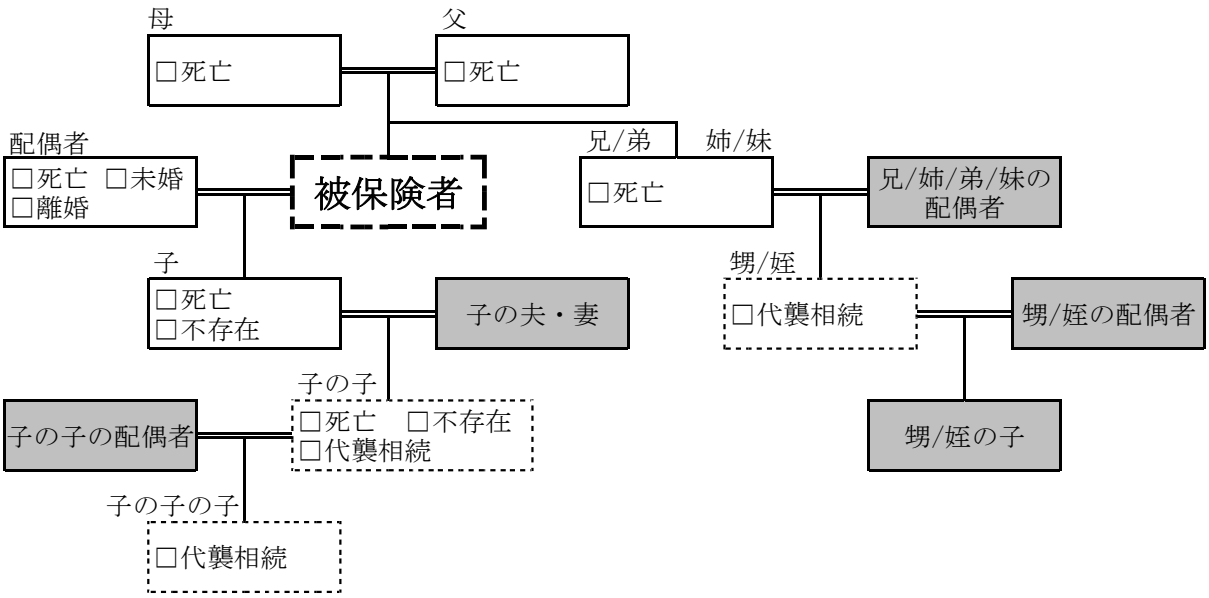
受付日付印

相続人代表者（送付先欄）	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄	
	氏名			
	住所	〒　　－		
	連絡先	☎	届出年月日	令和　年　月　日

法定相続人図

※子・配偶者以外の法定相続人が届出する場合のみ、相続順位が上位の相続人の状況をご記入ください。

- ［　　］に該当する方は相続人にはなり得ません。
  ※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、相続人になり得ます。
- 内縁関係の場合は、原則として相続人にはなり得ません。
- 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得ます。
- 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得ます。



様式 R5.4～	市区町村確認欄	相続順位確認方法	遺言書の有無 □なし □あり → □住基・戸籍 □（　　）□子・配偶者以外の補記 □遺言公正証書・検認済遺言書	システム入力	□窓口端末入力 確認1： 確認2：	□市町村端末入力 確認1： 確認2：	市町村確認者	優先順位 入力
		葬祭費の申請受付or申請勧奨	□受付済 □勧奨済	高額療養費・外来年間合算・高額介護合算・療養費の支給予定	□なし □あり → □申請受付済 □申請勧奨済	備考		