

# 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	明・大・昭	年	月 日

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。

受付日付印

令和 年 月 日

フリガナ  
氏名 ⑩

相続人代表者  
(送付先欄)

〒 -

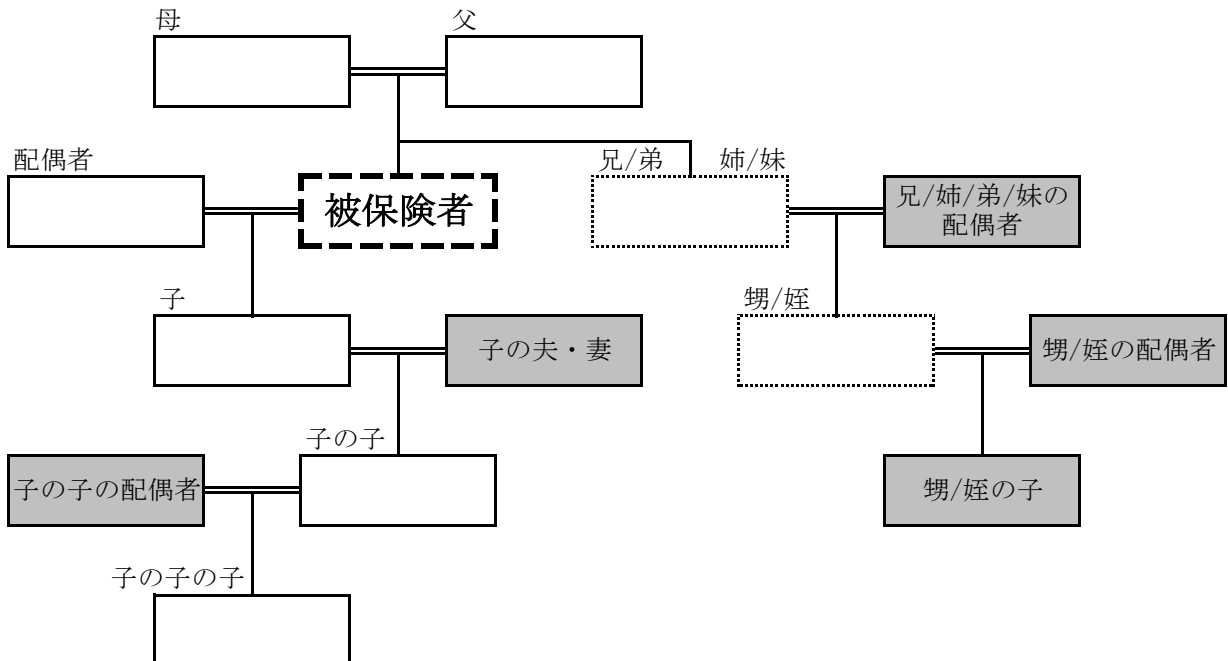
住所

連絡先 ☎ - -

## 法定相続人図

(家系図ではありませんので、既に死亡されている方などの記入は不要です。)

- ※  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 R元. 5~	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	<input type="checkbox"/> 窓口端末入力 確認1： 確認2：	<input type="checkbox"/> 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	印
	葬祭費の申請受付or申請勧奨 <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		受領申出者の口座の登録or勧奨 <input type="checkbox"/>	