

後期高齢者医療に係る受領申出等届出書

被保険者番号		届出年月日	令和	年	月	日
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)	フリガナ		被保険者との続柄
	氏名		
(送付先欄)	住所・連絡先		
	☎		
届出者(記入者)	相続人代表者との続柄	氏名・連絡先	☎
	<input type="checkbox"/> 本人 <input 112="" 411="" 908"="" 952="" data-label="Complex-Block" type="checkbox/>()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="/> <p>□遺言書確認</p> <p>遺言書の有無 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>給付等の遺贈先の記載 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>遺言執行者の指定 <input type="checkbox"/>あり→遺言執行者が届出 <input type="checkbox"/>なし→給付等を遺贈された方が届出</p> <p>□法定相続人確認 ※子・配偶者以外の法定相続人が届出する場合のみご記入ください。</p> <p>第2順位 母 <input type="checkbox"/>死亡 父 <input type="checkbox"/>死亡</p> <p>常に相続人 配偶者 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>未婚 <input type="checkbox"/>離婚</p> <p>第3順位 兄/弟 <input type="checkbox"/>死亡 姉/妹 <input type="checkbox"/>死亡</p> <p>第1順位 子 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>不存在 子の配偶者 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>不存在</p> <p>子の配偶者 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>不存在</p> <p>子の子の配偶者 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>不存在</p> <p>子の子の子の配偶者 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>不存在</p> <p>子の子 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>不存在 <input type="checkbox"/>代襲相続</p> <p>子の子の子の子 <input type="checkbox"/>代襲相続</p> <p>甥/姪 <input type="checkbox"/>代襲相続 甥/姪の配偶者 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>不存在</p> <p>甥/姪の子 <input type="checkbox"/>代襲相続</p> <p>※ <input type="checkbox"/>に該当する方は相続人になり得ません。ただし、養子縁組をしている場合は相続人になり得ます。</p> <p>※ <input type="checkbox"/>の子の子/子の子の子/甥/姪は、相続人が死亡している場合にのみ相続人となります(代襲相続)。</p> <p>※ 内縁関係の場合は、原則として相続人にはなりません。</p>		

様式 R6.4~	市区町村確認欄	相続順位確認方法	<input type="checkbox"/> 住基・戸籍 <input type="checkbox"/> 法定相続情報一覧図 <input type="checkbox"/> 遺産分割協議書 <input checkbox"="" type="checkbox/>()
 <input type="/> 遺言公正証書・検認済遺言書	システム入力	<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:	市区町村確認者 優先順位入力
		<input type="checkbox"/> 葬祭費の申請受付or申請勸奨 <input type="checkbox"/> 受付済 <input type="checkbox"/> 勸奨済	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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 申請受付済 <input type="checkbox"/> 申請勸奨済	本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート