

### 受給権継承届兼誓約書

(あて先) 福岡市 区長 様  
福岡県後期高齢者医療広域連合長 様

この度 \_\_\_\_\_ が、資格喪失したため、私は相続人（特別縁故者、その他）として、次に係る請求及び受領に関する権利を継承したことを届けます。

なお、私は、本件の請求及び受領により、万一他の相続人（特別縁故者、その他）との間に争いが生じた場合には、私が責任をもって解決し、貴市にはいっさい迷惑をかけないことを誓約します。

医療保険（国民健康保険・後期高齢者医療制度）	介護保険（介護予防給付含む）
<input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費 <input type="checkbox"/> 特例療養費 <input type="checkbox"/> 特別療養費 <input type="checkbox"/> 標準負担額差額償還金 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金 <input type="checkbox"/> 保険料過誤納金還付金 <input type="checkbox"/> 医療費助成金 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 保険料過誤納金還付金 <input type="checkbox"/> 高額介護サービス費 <input type="checkbox"/> 高額医療合算介護サービス費 <input type="checkbox"/> （特定）負担額差額償還金 <input type="checkbox"/> 住宅改修費 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 利用者負担助成金償還金 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

資格喪失者 氏名 \_\_\_\_\_  
 被保険者番号（後期高齢者医療制度） \_\_\_\_\_  
 被保険者番号（国民健康保険） \_\_\_\_\_  
 被保険者番号（介護保険） \_\_\_\_\_

代表相続人 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

【他の相続人】（同順位者のみ記載）

氏名	住所

上記請求者を代表者とすることに同意します。

相続人の範囲及び順位 《民法第887～890条》

- 第1順位 配偶者及び子（相続開始以前に子が死亡した場合は代襲者（死亡した子の子））
- 第2順位 （子がいない場合） 配偶者及び直系尊属（父母、父母がいないとき祖父母）
- 第3順位 （子及び直系尊属がいない場合） 配偶者及び兄弟姉妹（相続開始以前に兄弟姉妹が死亡した場合は代襲者（死亡した兄弟姉妹の子即ち甥姪））

受付年月日	受付者	受付課	保管課	広域連合送付日
		1. 福祉・介護保険課 2. 保険年金課	1. 福祉・介護保険課 2. 保険年金課	