記入例 （未支給の福祉医療費を受けるべき同順位者が２人以上あるときに必要）

同　意　書

**福祉医療費受給者証(黄色)に記載されている番号**

**死亡した支給対象者氏名**

私は、　長 崎　太 郎　　（福祉医療費受給者番号 　０１２３４５６

**受取人氏名**

**死亡日**

平成２６年　２月　１日死亡）に係る保険診療について、　長 崎　花 子

**受取人住所**

（住所：　長崎市桜町１番１号

**死亡した支給対象者からみた受取人の続柄**

**受取人の生年月日**

　生年月日：昭和１２年 ３月 ４日 ／ 死亡した受給者との続柄：　妻　）

が、未支給福祉医療費支給申請することに同意いたします。

平成２６年　２月　６日

氏名　長 崎　一 郎　　　 　㊞

**＊未支給の福祉医療費を申請（受け取ること）ができる優先順位**

**①配偶者**（婚姻の届出をしていないが、事実
上婚姻関係と同様の事情にある者を
含む。）

**②子**

**③父母**

**④孫**

**⑤祖父母**

**⑥兄弟姉妹**

**※死亡した支給対象者と同意書の記入者
との関係がわかる戸籍謄本（写し）を
添付**

住所　長崎市桜町１番１号

生年月日　昭和４５年６月７日

死亡した受給者との続柄　長男

氏名　長 崎　和 子　　　 　㊞

住所　長崎市桜町１番１号

生年月日　昭和４８年９月１日

死亡した受給者との続柄　長女

氏名　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄