

申 立 ・ 誓 約 書

年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長 様
《介護保険市町村》長 様

〒 ー
申 立 者 住 所 _____
氏 名 _____
死亡した被保険者との続柄 _____

※注意 申立者は法定相続人の方になります。

私は、下記 被保険者死亡後における高額介護合算療養費、高額医療合算介護サービス費・高額医療合算介護予防サービス費の受領について、関係書類を添えて申し立てます。支払いは私の下記振込先金融機関へ口座振込をしてください。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理し、福島県後期高齢者医療広域連合及び《介護保険市町村》長 に対して、異議を申し立てないことを誓約します。

死亡した被保険者	被保険者番号									氏名	
	生 年 月 日				年 月 日			性別	男・女	住所	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()						預金種別	普通座 ()	
口座番号								※口座番号は、例のように7桁で記入願います。 (例：1 2 3 4 → 0 0 0 1 2 3 4)		
(カタカナ)										
口座名義人										

受付時使用欄 ※本欄は受付窓口の市町村職員が記載します。	市町村担当者印
申立者の被保険者との関係 ☐ 同居親族 ☐ 別居親族 ☐ その他 () 資格確認方法 ☐ 公簿等による確認 (住民基本台帳、戸籍謄本等) ☐ その他 ()	