**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

　　　　　　　　　　　〒　　　　　－

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  死亡した | 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  当　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：１２３４ → ０００１２３４） | | | | | | | | |
| （ 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |