

# 記入例

## 申立書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

ご記入いただいた日→

年 月 日

申立人（相続人代表者）

〒			
住所	相続される方の情報		
氏名	印	被保険者との続柄	
		電話番号 ( )	

下記の被保険者が死亡したため高額療養費（外来年間合算）及び療養費を請求・受領する者を、上記申立人とします。本申立に関して問題が生じた場合は、私が責任をもって処理します。

記

被保険者氏名	*****	被保険者番号	*****
住所	*****		

該当するものに○をしてください

振込先 金融機関	銀行名等	銀行 信用金庫 信用組合	支店名等	支店 出張所 営業部
	該当するものに○をしてください			
口座番号	普通・当座・貯蓄			
ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号(右ヅメ)	
	1		0	の

相続される方の振込先をご記入ください。

フリガナ	□座名義人様の氏名・フリガナも必ずご記入ください。
口座名義人	

被保険者と申立人の続柄を確認できる書類として戸籍謄本等（コピー可）を添付してください。

以下の場合、添付不要ですので、該当する項目に☑してください。

住民票記載上、同一世帯であった場合（注）

既に北区国保年金課高齢医療係へ、上記申立人との続柄確認書類を提出済の場合

（注）住民票記載上、相続人としての続柄の確認ができない場合は、後日、戸籍謄本等の提出をお願いすることがあります。

続柄確認方法	確認者	備考
1. 住民記録 3. 戸籍謄（抄）本		
2. 住民票 4. その他 ( )		