

申 立 書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申立人（相続人代表者）

〒 住所		
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（外来年間合算を含む）及び療養費**を請求・受領する者を上記申立人とし、請求します。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			

振込先

金融機関	銀 行		支 店
	信用金庫		出張所
	信用組合		営業部
口座番号	普通・当座・貯蓄		
ゆうちょ銀行	記号		番号（右ヅメ）
	1	0	の

フリガナ	
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、添付を省略できますので、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. 法定相続情報 4. その他()		