

(高額介護合算療養費 用)

申 立 ・ 誓 約 書

平成 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 _____ (印)
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：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 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 別居親族 <input type="checkbox"/> その他 () 資格確認方法 <input type="checkbox"/> 公簿等による確認 (住民基本台帳、戸籍謄本等) <input type="checkbox"/> その他 ()	