

# 申立書

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿  
東京都北区長 殿

被保険者

住所	
氏名	( 令和 年 月 日死亡 )
後期高齢者医療被保険者番号	( )
介護保険被保険者番号	( )

上の被保険者が死亡したため高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費を請求・受領する者を、下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

申立人（相続人代表者）

年 月 日

住所	〒		
氏名	印	被保険者との続柄	
		電話番号	

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. 法定相続情報 4. その他（ ）		