

# 申 立 書 ・ 誓 約 書

(兼後期高齢者医療高額療養費支給申請書・過誤納保険料等口座振込依頼書)

※申し立てできる方は相続人に限ります。 記名の場合は押印が必要です。

|   |              |
|---|--------------|
| 岩手県後期高齢者医療広域連合長 様<br>久慈市長様  | 年 月 日        |
| 〒 -   |              |
| 申 立 者 住 所 _____<br>(相続人代表者)   |              |
| 氏 名 _____ 印   |              |
| 死亡した被保険者からみた続柄 ( _____ )  |              |
| 電話番号 _____  |              |
| 私は、相続人代表者として、下記被相続人（死亡した受給者）死亡後における、被相続人に関する後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。<br>また、相続人代表者として、下記被相続人の死亡後における後期高齢者医療保険料の納付又は還付金の受領、市税等還付金の受領、久慈市における医療給付費等の受領を行うことを併せて申し立てます。<br>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、岩手県後期高齢者医療広域連合、久慈市長に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。 |              |
| 保険者番号 <b>3 9 0 3 2 0 7 3</b>  | 被保険者番号 _____ |
| 死亡した被保険者の住所 _____   |              |
| 死亡した被保険者の氏名 _____   |              |
| 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か<br>1 受けられる：制度名— 医療費助成 ・ 退教互 ・ その他 ( _____ )<br>2 受けられない  |              |
| 死 亡 年 月 日 _____   |              |

該当するものに○を、該当するものがないときは ( ) 内に記載してください。金融機関コード・支店コードの記載は任意です。

|                       |       |   |                                       |               |                      |  |
|-----------------------|-------|---|---------------------------------------|---------------|----------------------|--|
| 振<br>込<br>先<br>口<br>座 |       | 銀 行<br>信用金庫<br>労働金庫<br>農 協<br>( _____ ) | 本 店<br>支 店<br>支 所<br>出張所<br>( _____ ) | 預金種別<br>普通・当座 | 金融機関コード<br>支店コード(店番) |  |
|                       | 口座番号  | _____                                   |                                       |               |                      |  |
|                       | カタカナ  | _____                                   |                                       |               |                      |  |
|                       | 口座名義人 | _____                                   |                                       |               |                      |  |

口座番号は右詰めで記載してください。 姓と名の間は1字あけてください。

該当する数字に○をつけてください。

## 委 任 状

1 私は、下記の者を代理人として定め、医療給付費・過誤納保険料の受領に関する権限を委任します。

2 私は、申請した高額療養費のうち医療費助成制度から支給された高額療養費の受領に関する権限については、久慈市長 に委任します。

年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様  
久慈市長様

申立者 フリガナ \_\_\_\_\_ 印  
氏 名 \_\_\_\_\_

〒 -

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

※2のみに○をつけたときは、代理人欄の記入は不要です。 氏 名 \_\_\_\_\_ 申立者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

担当者確認欄：□送付先変更有（送付先：代理人と同じ／代理人以外→住所・氏名・申立者との続柄を空欄へ記載）

生年月日：

宛名番号：

# 記入例

○申立書・誓約書とは、亡くなられた方の医療給付（高額療養費など）を受け取る相続人の代表者と、振込先を届け出ってもらうための書類です。

(兼後期高齢者医療高額療養費支給申請書)

※申し立てできる方は相続人に限ります。記名の場合は押印が必要です。

令和 \* 年 1 月 30 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様  
久慈市長様

申立者  
(相続人代表者)

〒 028 - 8030

住所 久慈市川崎町 1-1

氏名 後期 長市郎

後期

死亡した被保険者からみた続柄 ( 子 )

○相続人代表者は法定相続人の方となります。  
(例) 配偶者、子、孫、親、兄弟、甥、姪など。  
※子の配偶者などは、申請者になれません。(養子縁組している場合などは除く。)

0194 - 52 - 2111

死亡後における、被相続人に関する後期高齢者医療請求及び受領を行うことを申し立てます。待つて異議のないように処理し、岩手県後期高齢者医療広域連合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

|   |                |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|---|----------------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 保険者番号                                   | 3              | 9 | 0 | 3 | 2 | 0 | 7 | 3 | 被保 | この欄では、医療費助成や退職教職員互助会による支給を受けているかを確認します。 |
| 死亡した被保険者の住所                             | 久慈市川崎町 1-1     |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
| 死亡した被保険者の氏名                             | 後期 太郎          |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
| 死亡年月日                                   | 令和 * 年 5 月 3 日 |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
| 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か      |                |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
| 1 受けられる 制度 <u>医療費助成</u> ・ 退教互 ・ その他 ( ) |                |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
| 2 受けられない                                |                |   |   |   |   |   |   |   |    |   |

該当するものに○を、該当するものがないときは ( ) 内に記載してください。金融機関コード・支店コードの記載は任意です。

|       |        |                  |      |                 |          |          |
|-------|--------|------------------|------|-----------------|----------|----------|
| 振込先口座 | 後期     | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 久慈   | 支店<br>支所<br>出張所 | 預金<br>種別 | 普通<br>当座 |
|       | 口座番号   | * * * * *        |      |                 |          |          |
|       | カタカナ   | コウキ              | チヨウイ | チロウ             |          |          |
| 口座名義人 | 後期 長市郎 |                  |      |                 |          |          |

口座番号は右詰めで記載してください。姓と名の間は1字あけてください。

この欄は、申請者と口座名義人が違う場合、または重度医療費助成等の受給者証をお持ちの場合のみ記入・押印してください。

該当する数字に○をつけてください。

## 委任状

- 私は、下記の者を代理人として定め、医療給付費・過誤納保険料の受領に関する権限を委任します。
- 私は、申請した高額療養費のうち医療費助成制度から支給された高額療養費の受領に関する権限については、久慈市長 に委任します。

令和 \* 年 1 月 30 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様  
久慈市長様

申立者 フリガナ 氏名 後期 長市郎 印

〒

代理人 住所

※2のみに○をつけたときは、代理人欄の記入は不要です。

氏名 申立者との続柄 ( )

担当者確認欄：□送付先変更有 (送付先：代理人と同じ/代理人以外→住所・氏名・申立者との続柄を空欄へ記載)

生年月日：

宛名番号：