

申立書

お亡くなりになった被保険者の申請について

お亡くなりになった被保険者の高額介護合算療養費は、相続人の方の代表からの申請をお願いしています。

同封の「申請書(3枚複写のものすべて)」、「高額介護合算療養費等に関する申請及び受領に関する申立書」を「高額介護合算療養費等の申請について(お知らせ)[※二つ折り(中央にミシン目あり)・3枚複写]」の右上に記載されている受付窓口【申請書提出先】にご提出ください。

【ご提出について】

申請の際に次のものをお持ちください。

- ・申請書(3枚複写のものすべて)
- ・申立書(この用紙の2枚目以降の複写式用紙)
- ・相続人(申立人)の印かん(朱肉を使用するもの)
- ・振込先口座情報がわかるもの(預金通帳等)
- ・相続人(申立人)の本人確認ができるもの
※運転免許証、パスポート等
※代理人が申請手続をする場合は、代理人の本人確認ができるものも必要です。
- ・お亡くなりになった被保険者の個人番号(マイナンバー)がわかるもの
※通知カード、個人番号カード(すでにご返却いただいた場合やご不明な場合は不要です。)
- ・相続人(申立人)であることを証明する書類(戸籍謄本の写し、公正証書、遺言書、審判書等)
※お亡くなりになった被保険者と住民票が同世帯など、省略できる場合があります。(詳しくは、受付窓口にお問い合わせください。)

【記入例】

裏面にある「高額介護合算療養費等に関する申請及び受領に関する申立書」の記入例もご覧ください。

【ご注意】

- ① 相続人の方が申請できるのは、給付対象となられた被保険者がお亡くなりになっている場合のみです。他の(ご健在の)被保険者の申請書については、被保険者ご本人が申請者となります。
- ② 「高額介護合算療養費等支給申請書」の申請者と、「高額介護合算療養費等に関する申請及び受領に関する申立書」の申立人は同一の方をご記入ください。
※ 申請書の委任状欄を記入する場合、申立書と同一の印かんを押印してください。
- ③ 申立書2枚目は複写式ですが、申立先(市区町村名)のみご記入願います。
※ 介護保険者が提出先の市区町村と異なる場合がありますのでご注意ください。

高額介護合算療養費等に関する申請及び受領に関する申立書

記入例

太い枠の中のみ、ご記入・押印ください。

ご記入した日付をご記入ください。

申立年月日 年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合

相続人(申立人)の方の「郵便番号・住所」「氏名」「電話番号」「お亡くなりになられた被保険者から見た続柄」等をご記入ください。

申立人
〒
住所

朱肉を使用する印鑑で、2枚目と3枚目に同じ印鑑で押印してください。

氏名



【次のページにも捺印箇所がございます。】

電話番号

続柄

私は、【氏名 (生年月日 M・T・S 年 月 日)】

の相続人であり、この申請書にかかる給付費については、他の相続人から代表者として選任されていること

私は、お亡くなりになられた被保険者の「氏名」「生年月日」をご記入ください。には、一切の責任を負うことを誓約します。

これより下は記入しないでください

※ 処理欄 (市区町村窓口確認欄) (レ点を付ける)

【添付書類】

戸籍謄本 住民票 その他 ()

公簿等確認

【送付先変更の確認】

申請済み 不要

※処理欄には記入しないでください。

受付印

【申立人 → 市区町村 (後期高齢者医療担当) → 神奈川県後期高齢者医療広域連合】

高額介護合算療養費等に関する申請及び受領に関する申立書

〔医療保険分〕

申立年月日 年 月 日

申立先

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

市区町村長

申立人

〒

住所

氏名

印

【次のページにも捺印箇所がございます。】

電話番号

続柄

私は、【氏名 (生年月日 M・T・S 年 月 日)】

の相続人であり、別添申請書にかかる給付費については、他の相続人から代表者として選任されていることを申し立てます。

私は、当該給付費を受領したことにより、万一他の相続人との間に争いが生じた場合には、一切の責任を負うことを誓約します。

----- これより下は記入しないでください -----

※ 処理欄（市区町村窓口確認欄）（レ点を付ける）

【添付書類】

戸籍謄本 住民票 その他（ ）

公簿等確認により省略 【備考】

【送付先変更の確認】

申請済み 不要

受付印

【申立人 ➡ 市区町村（後期高齢者医療担当） ➡ 神奈川県後期高齢者医療広域連合】

高額医療合算介護（予防）サービス費等に関する申請及び
受領に関する申立書 〔介護保険分〕

申立年月日 年 月 日

申立先

市区町村長

申立人
〒
住所

氏名

印

【前のページにも捺印箇所がございます。】

電話番号

続柄

私は、【氏名 _____（生年月日 M・T・S 年 月 日）】
の相続人であり、別添申請書にかかる給付費については、他の相続人から代表者として
選任されていることを申し立てます。

私は、当該給付費を受領したことにより、万一他の相続人との間に争いが生じた場合
には、一切の責任を負うことを誓約します。

----- これより下は記入しないでください -----

※ 処理欄（市区町村窓口確認欄）（レ点を付ける）

【添付書類】

戸籍謄本 住民票 その他（ _____ ）

公簿等確認により省略 **【備考】**

【送付先変更の確認】

申請済み 不要

受 付 印

【申立人 ➡ 市区町村（後期高齢者医療担当） ➡ 市区町村（介護保険担当）】