

剣淵町国民健康保険

高額療養費
療養費
特別療養費
高額介護合算療養費
その他給付費

支給申請書(申立書)

被相続人(死亡した被保険者)			
被保険者番号	剣 一	氏名	
生年月日		性別	

私は、上記の被保険者の死亡のため、剣淵町国民健康保険より支給される国民健康保険医療給付費等について、相続人全員を代表して受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私(申立書)の責任において、意義のないよう処理し、剣淵町に一切の迷惑をかけないことを申し添えます。

もし、私の故意または過失により剣淵町に損害を与えた場合は、その一切の責任を負います。

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。

振込先	銀行	本店	預金種別	普通
	信用金庫	支店		当座
	協同組合	支所		
	()	()		()
口座名義人 (カタカナ)				
口座番号等 左詰めで記載	金融機関(ゆうちょ銀行以外)			
	ゆうちょ銀行	店番	口座番号	

口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

剣淵町長 様

上記のとおり

高額療養費
療養費
特別療養費
高額介護合算療養費
その他給付費

の支給について申し立ていたします。

年 月 日

申請者 住所(〒 -)

氏名

印

被相続人との続柄

電話番号