

# 申 立 書

受給権者の死亡につき 年 月分の高額療養費の支払未済額を私が遺族（相続人）として、請求致します。

このため、後日相続権のあるほかの遺族との間で紛争などが生じた場合は、支払者である尾道市に対して、一切迷惑をかけずに私が処理致しますことを申し立てます。

## 1. 国民健康保険高額療養費受給権者

被保険者番号

住 所

氏 名

死亡年月日 年 月 日

## 2. 私が請求した理由

世帯主死亡のため

ほかの遺族、または相続人はこの事実について周知済みです。

年 月 日

尾道市長様

住 所	〒	電話番号	
氏 名			
元受給権者との続柄			

## 振込先

振込先金融機関名 \_\_\_\_\_ 銀行・農協・組合・金庫

支 店 名 \_\_\_\_\_ 本店・支店・出張所

\_\_\_\_\_ 普通 ・ 当座

口座番号 \_\_\_\_\_

口座名義人（カタカナ） \_\_\_\_\_