

収受印

国民健康保険に関する申立書

R8.10.1

(提出先)

平塚市長

消えないボールペンで太枠の中を記入してください。

被保険者番号

世帯主
枝番号

届出日		年	月	日							
被相続人	住 所										
	平塚市										
	氏 名							生 年 月 日			
							年 月 日				
申立人	住 所 ☐ 同上							電話番号			
	〒							— —			
	氏 名					生 年 月 日			被相続人からみた続柄		
					年 月 日						
内容	申立人は、他の相続人から代表者として選任された相続人として、以下の手続きを届け出ます。 なお、本申し立てにおいて問題が生じた場合は、申立人がすべて責任を持って処理し、平塚市には一切の迷惑をかけないことを申し添えます。										
	☐ 医療給付費に係る申請及び受領 ☐ 被保険者異動届 ☐ 送付先変更届 ☐ その他 ()										

注 意 事 項

- 亡くなられた方に係る医療給付費は、その方の遺産になりますので、**申立人は相続人の方に限ります。**
- 申立人が、**亡くなられた方と住民票上同じ世帯の方**の場合は、**当申立書のみ**提出してください。
- 申立人が、**亡くなられた方と住民票上別の世帯の方**の場合は、当申立書の他に、**相続関係がわかる書類（戸籍謄本の写し等）**を提出してください。

事務 処理 欄	市内申立人宛名番号								添 付 書 類			
									☐ 戸籍謄抄本 ☐ 住民票 ☐ 公簿等確認により省略 ☐ その他 ()			
	備 考								受付		審査	

課長	担当長	担当者