

# 保険料還付金・高額療養費等に関する申請及び受領に関する申立書

平成 年 月 日

箱根町長 様

申立人

〒

住所

電話番号

氏名

印

続柄

私は、【氏名 (生年月日 M・T・S 年 月 日)】の相続人であり、下記に該当する保険料の還付金または高額療養費等については、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。

なお、下記に該当する保険料の還付金または高額療養費等については私の責任において受領し、箱根町に一切迷惑をかけることを誓約します。

該当する保険料及び高額療養費等

- 介護保険料
- 国民健康保険料
- 後期高齢者医療保険料
- 国民健康保険高額療養費
- 高額介護サービス費