国民健康保険（□保険料過誤納還付金 □療養費□高額療養費 □その他（　　））の受領にかかる確約書兼口座振替依頼書

（申請対象となる診療年月日：　　年　月　日から　　年　月　日）

被保険者	証番号		死亡日	令和　　年　　月　　日
	氏名			
	住所	神戸市　　区　　町・通		

上記被保険者（被相続人）の死亡に伴い、みだしの過誤納還付金・給付費等について、下記相続人が受領することを申し立てます。また、その過誤納金・給付金等の受領について、他の相続人から異議の申し出があった場合は、私の責任において解決し、貴市には一切のご迷惑をおかけしないことを確約するとともに、この過誤納金・給付金等を下記の口座に振り込んでいただくよう依頼します。

神戸市長宛
神戸市　　区長宛

令和　　年　　月　　日

確約者（相続人または代理人）	（ふりがな） 氏名	
	住所	□上記被保険者住所に同じ
	電話番号	（　　）　　ー
	上記被保険者との続柄	

振込口座	口座名義（カタカナ）	※濁点・半濁点は1マスとしてご記入ください。
	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店・出張所・支所 本店・営業部
	預金種別	1.普通・総合　2.当座　4.貯蓄
	口座番号（右づめで記入）	

＜神戸市記入＞	金融機関コード		支店コード

□　振込先金融機関口座は別紙申請書のとおり

確約者（相続人）と被保険者の関係の確認について

① 確約者（相続人）と被保険者が**住民票上、別世帯の場合**、確約者（相続人）と被保険者の関係（続柄）がわかるもの**（戸籍謄本等）**と**申請者の本人確認書類**を添付してください。

② 確約者（相続人）と被保険者が**同一住民票である場合**、以下の同意と**申請者の本人確認資料**を添付いただければ、戸籍謄本の写し等は不要です。

（上記②に該当する方のみ、以下にご記入ください。）
上記被保険者と私の関係について、貴市が住民票により確認することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住所：上記被保険者住所に同じ

氏名：

＜神戸市使用欄＞

＜添付書類確認＞
□戸籍謄本　□除籍謄本　□戸籍抄本　□住民票

＜ 本 人 確 認 ＞
下記のいずれか1点（顔写真つきのもの）
□運転免許証　□パスポート　□住基カード　□特別永住者証明書　□在留カード
□その他官公署が発行する顔写真つきの証明書
または下記のうちいずれか2点以上
□健康保険被保険者証　□年金手帳　□年金証書　□社員証　□学生証　□その他（　　）

受付印