

申立書

東京都後期高齢者医療広域連合長
国分寺市長様

被相続人（亡くなられた被保険者）

亡くなられた被保険者の情報を記入してください。被保険者番号は不明の場合には未記入で構いません。

住所 国分寺市戸倉1-6-1

氏名 国分 けやき（〇〇年 〇〇月 〇〇日 死亡）

被保険者番号 後期：12345678 介護：1234567890

私は、相続人代表者として、上記被相続人に係る後期高齢者医療給付費及び高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、本申立に関して問題が生じた場合は、私が責任を持って処理し、東京都後期高齢者医療広域連合並びに国分寺市に一切ご迷惑をかけないことを申し添えます。

ならびに、戸籍謄本等の相続人関係確認書類を高額介護・介護予防サービス費支給申請の際に提出していた場合は、その写しを今回の申請に提供することに同意します。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申立者（相続人代表者）

住所 国分寺市泉町2-3-8

氏名 国分寺 太郎 国分寺（自筆署名の場合には押印不要）

電話番号 042-321-1301

被相続人との続柄 子

相続人代表者の情報を記入してください。被相続人（亡くなった被保険者）と同一世帯でない方が相続人代表者となる場合には、相続関係を確認できる書類（戸籍謄本の写しなど）のコピーを添付してください。