申 立 書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

被相続人(亡くなられた被保険 <u>住</u> 所						
氏 名		年_	月	日死亡)_	
被保険者番号()					
私は、相続人代表者として、」	ニ記被相続人に係	る後期高値	齢者医療	総付費の	支給申請、	請求
及び受領行うことを申し立てます	0					
なお、本申立に関して問題が生	とじた場合は、 私	なが責任を	寺って処	理し、東	京都後期間	高齢者
医療広域連合に一切ご迷惑をかけ	けないことを申し	添えます。				
				年	月	日
申立者 (相続人代表者)						
(〒 —)						
住 所						
氏 名		印 袼	皮相続人	との続柄		
電話番号						
代理人による申し立ての場合: 相続人代表者より委任された代理人						
(代理人〇〇〇〇) 雲話釆号を記載	・〕 畑印してノださ	11、 (禾仁川	か派付)			