

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者）

住 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、上記被相続人に係る後期高齢者医療給付費の支給申請、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に一切ご迷惑をか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 _____ 被相続人との続柄 _____

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による申し立ての場合は、相続人代表者の住所、氏名の他、代理人の氏名（代理人〇〇〇〇）電話番号を記載し、押印してください。（委任状を添付）