

申 立 書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様
江東区長 様

1. 被相続人（亡くなられた被保険者）

被保険者番号	
被保険者氏名	(年 月 日死亡)

私は、相続人代表者として、上記被相続人の死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療の療養費・高額療養費・高額介護合算療養費の支給申請及び受領を行うことを申し立てます。

なお、本申立について問題が生じた場合は、私が責任をもって処理し、東京都後期高齢者医療広域連合および江東区に一切ご迷惑をかけないことを申し添えます。

2. 申立人（相続人代表者）

住 所 (〒 -)

氏 名

印

被相続人との続柄

電話番号

3. 相続人確認表

ご家族関係をご記入ください。（生存者のみ）

第二順位（直系尊属） 父 母	先妻・先夫・その他	第一順位（子）
	被相続人	第一順位（子）
	(常に相続人) 配偶者	(代襲相続) 甥・姪
	第三順位（兄弟姉妹）	甥・姪
		甥・姪
		甥・姪

※亡くなった方と相続人代表者の関係が記載されている戸籍（コピー可）を必ず添付してください。