

申立書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様
江東区長 様

被相続人(亡くなられた被保険者)

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・高額療養費・高額介護合算療養費の支給申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、本申し立てに関し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介護保険に一切ご迷惑をかけないことを申し添えます。

申立者(相続人代表者)

住所 _____

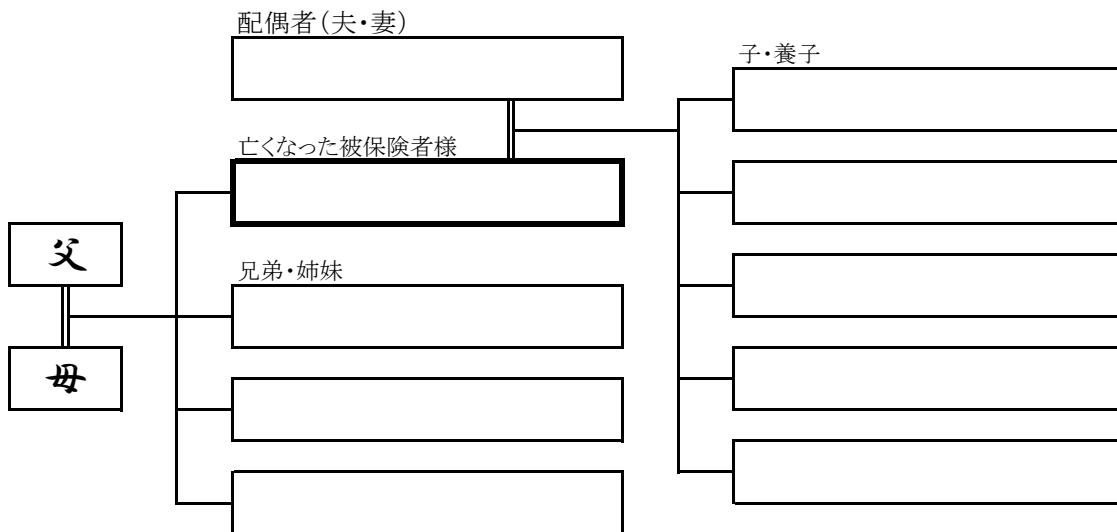
氏名 _____

電話 _____

印

死亡者との続柄 _____

ご家族関係を下記の図にご記入ください。(生存者のみ)



添付をお忘れなく

亡くなった方と申立者(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。(介護合算療養費の申請の際、既にご提出済の方以外)

送付先入力: _____