

相続人代表者届出書兼申立書

(支給申請、請求及び受領用)

後期用

捨印

令和 年 月 日

宛先 東京都板橋区長
東京都後期高齢者医療広域連合長

相続人代表者 郵便番号 干 ー

住 所

氏 名 印

電話番号 ()

被保険者 (亡くなった方) との続柄

下記の被保険者に係る後期高齢者医療制度の高額療養費、高額介護合算療養費〔高額医療合算介護 (介護予防) サービス費〕、療養費、一部負担金差額、食事療養差額、後期高齢者医療保険料過誤納還付金等について、私が相続人代表者として支給申請、請求及び受領する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、貴団体に迷惑をかけることを申し添えます。

被保険者 (亡くなった方) の氏名等

| | | | | | | | |
|-------------|-------------|-------------------|--|--|--|--|--|
| 住 所 | | | | | | | |
| フリガナ | 被 保 険 者 番 号 | | | | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | | | | |

また、上記被保険者に係る介護 (介護予防) サービス費及び返還金等について支給申請、請求及び受領する場合に、本「相続人代表者届出書兼申立書」を利用することに同意します。

相続人代表者 氏名 印