

# 記入例

後期用

捨印 **板橋**

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 〒 **173 - 8501**

朱肉を使う  
印鑑で押印  
をお願いします。

相続人代表者の方の住所、氏名、  
電話番号、続柄をご記入ください。

住所 **板橋区板橋2-66-1**

氏名 **板橋 花子** **板橋**印

電話番号 **03 ( 3579 ) 2373**

被保険者（亡くなった方）との続柄 **長女**

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、請求及び受領することを申し立てます。

お亡くなりになられた被保険者の方の住所、氏名、生年月日と、後期高齢者医療の被保険者番号をご記入ください。

なお、本申立に関して問題が生じた場合、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	<b>板橋区高島平3-12-28</b>										
フリガナ	<b>たかしま たろう</b>		被保険者番号	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
被保険者氏名	<b>高島 太郎</b>		生年月日	明治・大正 <b>昭和</b> <b>14</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 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。

↑  
こちらの文章をご確認のうえ、相続人代表者の方の氏名をご記入ください。

相続人代表者 氏名 **板橋 花子** **板橋**印

朱肉を使う印鑑で押印をお願いします。