

# 申立書

令和 年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 様  
豊島区 長 様

故 \_\_\_\_\_ に係る後期高齢者医療療養費・高額療養費・高額介護合算療養費（豊島区  
介護保険 高額医療合算介護（予防）サービス費）等の支給申請および受領については、  
相続人であるところの私に一切の権限が委任されており、私が請求・受領するものです。

また、併せて被保険者と相続人の関係性を確認する資料（戸籍謄本等）を提出した場合、  
他の給付業務（高額療養費・高額介護合算等）でも確認資料として共有することに同意します。

なお、この件について、他の相続人との間に異議が生じた場合には、相続人代表者の責任に  
おいて一切を処理します。

被相続人 (お亡くなり になった方)	フリガナ			
	氏 名			
	後期高齢者医療被保険者番号			
	介護保険被保険者番号 ※	※高額介護合算療養費支給申請のときのみ記載してください。		
	住 所			
代表相続人	フリガナ		被相続人との続柄※1	
	氏 名			
	住 所	〒 ー		
	電話番号	ー ー		
その他の 相続人	氏 名	被相続人 との続柄	住 所	
備 考				

※別世帯の場合は、お亡くなりになった被保険者と申請者の関係が分かる戸籍謄本等（写し可）の添付が必要  
となります。住民票で確認できる場合は戸籍謄本等の添付は不要です。

送  
付  
先

上記、各種申請の決定通知を「代表相続人あて」に送付を希望します。  
(ご希望される方はチェックしてください)