

# 申立書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

被相続人（亡くなられた被保険者）

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_（令和 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保険料の納付・還付または後期高齢者医療給付費の支給申請、請求及び受領等を行う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、東京都後期高齢者医療広域連合に一切ご迷惑をかけないことを申し添えます。

令和 年 月 日

申立者（相続人代表者）

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

被相続人との関係（続柄） \_\_\_\_\_