

# 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、代表相続人であるところの私に一切の権限が委任されています。

また、併せて被保険者と代表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紛争等が生じた場合は、東京都後期高齢者医療広域連合および豊島区には一切ご面倒をかけることなく私の責任において解決することといたします。

ここでいう「代表相続人」は、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）等の給付を受け取る相続人のことを指します。

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 (申請代表者)	フリガナ									被相続人との続柄※1	
	氏 名										
	住 所	〒 ー									
	※被保険者との世帯構成（どちらかにチェック） <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯										
	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											

※1 原則として、お亡くなりになった被保険者と代表相続人（申請代表者）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。お亡くなりになった時点で被保険者と代表相続人（申請代表者）が同一世帯であった場合に限り、戸籍謄本等の添付は不要です。

送 付 先	<input type="checkbox"/> 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）
-------------	---

豊島区高齢者医療年金課 後期高齢者医療担当