

後 期 高 齢 者 医 療 制 度

高 額 療 養 費 等 受 取 人 申 立 書

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿
奥多摩町長 殿

被相続人（後期高齢者医療被保険者の方）

住 所 東京都西多摩郡奥多摩町

氏 名 (令和 年 月 日死亡)

被保険者番号 ()

記

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高額療養費等（高額介護合算、高額介護サービス費を含む）の支給申請、請求および受領行うことを申し立てます。

なお、万一、私以外の者が、この受領の権利を主張するようなことがありましても、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ならびに奥多摩町に一切ご迷惑をかけないことを誓約します。

令和 年 月 日

申立者（相続人代表者）

郵便番号 —

住 所

氏 名 ㊞

電話番号 ()

被相続人との続柄

※被保険者ならびに申立者の方が、奥多摩町に本籍がない場合は、続柄を証明するものとして、戸籍謄本または抄本（またはその写し）も添付してください。

※成年後見人等の法定代理人の方は、証明のため、公的書類（またはその写し）も添付してください。