

申 立 書

年 月 日

(あて先) 市区町村長
(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

申 立 者 郵便番号 _____
(相続人代表者) 住 所 _____
氏 名 _____ ⑩
電話番号 _____
被相続人からみた続柄 _____

私は、下記被相続人の相続人代表者として、高額介護合算療養費並びに高額医療合算介護（予防）サービス費の受領を行うことを申し立てます。
なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処置いたします。

被保険者 (被相続人)	後期高齢者医療 被保険者番号	
	介護保険 被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	年 月 日

- ※ 申立者以外の方が申請を行う場合や振込先として申立者以外の方をご希望の場合、申請書裏面の委任状にも併せてご記入ください。
- ※ 申請書と併せてご提出をお願いします。
- ※ 裏面の記入例を参考に必要事項をご記入ください。

記入例

申立書

〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 〇〇〇 市区町村長

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

申立者 (相続人代表者)	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	〇〇〇市(区町村) 〇〇〇
	氏名	後期一郎 印
	電話番号	Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	被相続人からみた続柄	子

※申立者は民法で定める法定相続人が対象となります(一部例外を除く)。

私は、下記被相続人の相続人代表者として、高額介護合算療養費並びに高額医療合算介護(予防)サービス費の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私(申立者)が責任を持って異議のないように処置いたします。

お亡くなりになられた方について、ご記入ください。

被保険者 (被相続人)	後期高齢者医療 被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	申請書表面中段に記載されています。
	介護保険 被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	住所	〇〇〇市(区町村) 〇〇〇	
	氏名	後期太郎	
	死亡年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	

※ 受領先として申立者名義の口座を申請書振込口座記入欄にご記入ください。被保険者ご本人の口座は指定できませんので、ご了承ください。