

# 申立書

年 月 日

(あて先) 立川市長

下記被相続人死亡後における、被相続人に係る高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費の給付について、私が相続人代表者として、支給申請、請求及び受領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、立川市(国民健康保険・介護保険)に一切ご迷惑をかけないことを申し添えます。

被相続人(亡くなられた被保険者)

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日死亡)

保険証記号・番号 ( 25- \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ )

申立者(相続人代表者)

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

被相続人との続柄 \_\_\_\_\_