

# 申 立 書 ・ 誓 約 書

※申し立てできる方は相続人に限ります。

平成 年 月 日

〇〇市町村長 様  
岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

申 立 者  
(相続人代表者)

〒 ー ー  
住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡した被保険者からみた続柄 ( \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_ ー ー

私は、相続人代表者として、下記被相続人（死亡した受給者）死亡後における、被相続人に関する高額介護合算療養費、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給及び自己負担額証明書発行に関する申請、請求及び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理し、〇〇市長、岩手県後期高齢者医療広域連合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

保険者番号	3	9	0	3						被保険者番号									
死亡した被保険者の住所																			
死亡した被保険者の氏名															他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か 1 受けられる(制度名ー )				
死 亡 年 月 日		平成		年		月		日										2 受けられない	

該当する数字に○をつけてください。

## 委 任 状

- 1 私は、下記の者を代理人として定め、高額介護合算療養費、高額医療合算介護(予防)サービス費及び自己負担額証明書の受領に関する権限を委任します。
- 2 私は、申請した高額介護合算療養費のうち医療費助成制度から支給される高額介護合算療養費に相当する額の受領に関する権限について、 \_\_\_\_\_ 市町村長 に委任します。

平成 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者 氏 名 \_\_\_\_\_

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

※2のみに○をつけたときは、  
代理人欄の記入は不要です。

氏 名 \_\_\_\_\_ (申立者との続柄 \_\_\_\_\_ )