

令和 年 月 日

東京都後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（申立書）

被相続人(死亡した被保険者)			
被保険者番号		生年月日	年 月 日
住 所	東京都	氏 名	

私は、上記の被保険者の死亡のため、東京都後期高齢者医療広域連合より支給される後期高齢者医療傷病手当金について、相続人全員を代表して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（申立人）の責任において、異議のないよう処理し、東京都後期高齢者医療広域連合に一切の迷惑をかけないことを申し添えます。

また、私の故意又は過失により、東京都後期高齢者医療広域連合に損害を与えた場合は、その一切の責任を負います。

※該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本 店 本 所 支 店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号 左詰めで記載				
口座名義人 (カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は振込先の支店名記入欄に振込用の店番(3桁)を記入してください。

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、傷病手当金の支給について申し立ていたします。

令和 年 月 日

申 請 者 住 所 (〒 -)

氏 名

被相続人
との続柄

電話番号