

(様式2)

## 申立書届出取下書

令和 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様  
市 町 村 長 様

申立者	
住所	
氏名	(被保険者との続柄 : )
電話	
取り下げ理由	

私は、相続人代表として申し立てました、下記の死亡した被保険者（被相続人）に係る後期高齢者医療給付費、高額医療合算介護（予防）サービス費の申請及び受領の取り下げを申し立てます。

なお、申請及び受領の申立取り下げに関して、相続人間で異議が生じました場合、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って処理します。

死亡した被保険者（被相続人）の住所	
死亡した被保険者（被相続人）の氏名	
死亡年月日	
被保険者番号	
申立書提出日	

市町村確認欄	※確認した書類等の名称を記載して、確認した担当者印を押してください。	担当者印
確認日 ( 月 日)	確認した書類等 ( )	

※市町村は上記で確認した書類等の写しを申立取り下げ書に添付すること。

(様式2)

(記載例)

## 申立書届出取下書

令和〇〇年▲月●日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様  
市 町 村 長 様

申立者	
住所 熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号	
氏名 広域 太郎	(被保険者との続柄:配偶者 )
電話 〇九六-二八八-六〇五〇	
取り下げ理由 〇〇 〇〇年 ▲月 ◎日相続放棄を申立てて、受理されたため。	

私は、相続人代表として申し立てました、下記の死亡した被保険者（被相続人）に係る後期高齢者医療給付費、高額医療合算介護（予防）サービス費の申請及び受領の取り下げを申し立てます。

なお、申請及び受領の申立取り下げに関して、相続人間で異議が生じました場合、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って処理します。

死亡した被保険者（被相続人）の住所	熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号
死亡した被保険者（被相続人）の氏名	広域 ハナコ
死亡年月日	〇〇 〇〇年 ▲月 ▽日
被保険者番号	12345678
申立書提出日	令和〇〇年▲月△日

市町村確認欄	※確認した書類等の名称を記載して、確認した担当者印を押してください。	担当者印
確認日 ( ▲月〇日)	確認した書類等 ( 相続放棄申述受理通知書 )	

※市町村は上記で確認した書類等の写しを申立取り下げ書に添付すること。