様式第４０号の５（第２３条関係）

後期高齢者医療高額療養費支給申請書兼誓約書

被保険者番号		（フリガナ）		性 別
生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和	氏　名		男・女

香川県後期高齢者医療広域連合長　　殿

（被保険者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ が 平成　　年　　月　　日 に死亡しているため、死亡後における高額療養費、その他後期高齢者医療給付（高齢者の医療の確保に関する法律第５６条）については、相続人を代表して、私 ＿＿＿＿＿＿＿＿ が、申請、請求及び受領するとともに、他の相続人に対しては、私が一切の責任を負い、このことに関する異議等のないようにすることを誓約いたします。

平成　　年　　月　　日

〒　　－

申請者（相続人代表）

住　　所

氏　　名　　㊞

死亡した被保険者との続柄

電話番号

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（　）内に記載してください。

振込先	銀　行 信用金庫 信用組合 農　協 （　　）	本店 支店 （　　）	種　目	口　座　番　号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2（　　）	
	（フリガナ）			
	口座名義人			