

## 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)	
生年月日	明治 大正      年      月      日 昭和	氏名	

香川県後期高齢者医療広域連合長      殿

（被保険者）\_\_\_\_\_ が死亡しているため、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（相続人代表者）\_\_\_\_\_ 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。

年      月      日

〒      -

申請者      住      所  
 (相続人代表)

氏      名      ⑩

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 出張所	種目	口座番号
	( )	( )	1 普通預金	
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
			3 その他 ( )	
	(フリガナ)			
	口座名義人			
発病又は負傷の理由		1 : 第三者行為（交通事故等） 2 : その他（自損事故・疾病等）		