

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	01234567	(フリガナ)	コウイキ レンゴロウ
生年月日	明治 大正 12 年 3 月 4 日 昭和	氏名	広域 連五郎

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

(被保険者) **広域 連五郎** 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） **広域 太郎** 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 **広域 太郎** 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。

誓約者(相続人代表者)名を記入してください。

●●年**10**月**10**日〒**760-0066**申請者 住所 **高松市福岡町二丁目3番2号**
(相続人代表)氏名 **広域 太郎** 広印

誓約者の住所・氏名・続柄・電話番号を記入し、押印してください。

死亡した被保険者との続柄 **長男**電話番号 **012-345-6789**

連絡の取れる連絡先を記入してください。

誓約者名義の口座を記入してください。

口座種目と口座番号を確認して正確に記入してください。

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、この欄に○をつけてください。

振込先	さぬき	さぬき	種目	口座番号							
	(銀行)	(本店)									
	(信用金庫)	(支店)	1 普通預金	0	0	0	0	0	0	0	1
	(信用組合)	(出張所)	当座預金								
	(農協)		その他)								
				コウイキ タロウ							
				広域 太郎							
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)										

高額療養費に該当した診療月について、交通事故やけんか等の「第三者による負傷」（第三者行為）によって治療を受けていた場合は「1」に○をつけてください。それ以外の疾病やけが、入院によって治療を受けていた場合は、「2」に○をつけてください。

金融機関に届けているフリガナを記入してください。