

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、高額療養費については、  
 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

〒 \_\_\_\_\_

申請者兼誓約者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (相続人代表者)

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

死亡した被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(自署、押印のこと)

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）		