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）	
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。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

申請者兼誓約者（相続人代表者）

住　所

氏　名　　㊞

死亡した被保険者との続柄

電話番号
（日中連絡可能なもの）

（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 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 （　　）	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	（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）			

窓口持参者　※申請者兼誓約者以外の人が、窓口に申請書兼誓約書を持参する場合は記入してください。

氏名：　　被保険者との続柄　：　　連絡先：

市町記入欄				受付者
申請受給権確認	相続順位上位・登記事項証明書・公正証書・検認済遺言状・委任状・その他（　　）			
持参者本人確認	【1点】免許・個人・在留・障害・他（　　） 【2点】保険・診察・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ・他（　　）	備考	※相続順位確認内容など	