

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	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 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）		

窓口持参者 ※申請者兼誓約者以外の人、窓口で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（ ）	備考	
	【2点】資格・診察・キャッシュカード・他（ ）		

※相続順位確認内容など