

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、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

〒 **760-0066**

申請者兼誓約者 (相続人代表者) 住所 **高松市福岡町二丁目3番2号**

氏名 **広域 太郎**

死亡した被保険者との続柄 **長男**

電話番号 (日中連絡可能なもの) **012-345-6789**

誓約者名義の口座を記入してください。(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。

振替	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
さめき	()	さめき	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。	
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。			1 普通預金	
			2 当座預金	0 0 0 0 0 0 1
			3 その他 ()	
発病又は負傷の理由			コウイキ タロウ 広域 太郎	金融機関に届けているフリガナを記入してください。
			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: **広域 花子** 被保険者との続柄: **長男の妻** 連絡先: **090-3333-4444**

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】資格・診察・キャッシュカード・他()	
備考		※相続順位確認内容など