

## 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) |  | 性別  |
| 生年月日   | 明治<br>大正 年 月 日<br>昭和 | 氏名     |  | 男・女 |

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

（被保険者） \_\_\_\_\_ が 平成 年 月 日 に死亡しているため、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 \_\_\_\_\_ 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。

平成 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
(相続人代表) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

死亡した被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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<br>込<br>先 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店 | 種 目    | 口 座 番 号 |
|             | ( )                      | ( )      | 1 普通預金 |         |
|             | 金融機関コード                  | 店舗コード    | 2 ( )  |         |
|             | (フリガナ)                   |          |        |         |
| 口座名義人       |                          |          |        |         |