

後期高齢者医療高額療養費支給申請書兼申立・誓約書

被保険者番号	フリガナ 被保険者 氏名	
個人番号		
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	性別 男・女 電話番号
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）	

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。  
 なお、過誤調整等により、相殺すべき事由が生じた場合は、相殺しての支給を承諾いたします。  
 私は、相続代表人として、上記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。  
 なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議がないように処理をすることを申し添えます。

年 月 日

〒

申請者及び申立者 住 所 \_\_\_\_\_

(相続代表人) 氏名カナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

死亡した被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

振 込 先	銀 行 協同組合 信用組合 信用金庫	本 店 支店・支所	預 金 種 別	普 通 当 座 その他
	金 融 機 関 コ ー ド	店 舗 コ ー ド		

口座番号	
口座名義人カナ	

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく高額療養費の受領を代理人に委任します。 年 月 日
	申請者及び申立者 氏名 _____ 印
	代理人(受任者) 住所 _____ 氏名 _____ 印