

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		
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	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）		
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日 日 千</p> <p>申請者及び申立者 住 所 _____</p> <p>(相続代表人) 氏名カナ _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>死亡した被保険者との続柄 _____</p> <p>電話番号 _____ () _____</p>			
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 _____
	代理人(受任者) 住所 _____ 氏名 _____