

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 _____ |