

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	

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。

令和 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 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店・支所	預 金 種 別	普 通 当 座
	金融機関コード	店舗コード		

口座番号	
------	--

口座名義人カナ	
---------	--

委 任 欄	本請求に基づく高額療養費の受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日
	申請者及び申立者 住 所 _____
	(委任者) 氏 名 _____ 印
	代理人 住 所 _____
	(受任者) 氏 名 _____ 印

※口座名義人が申請者及び申立者と異なる場合にご記入ください。
 (被保険者死亡時用)