受付日　令和　　年　　月　　日

受付印

後期高齢者医療　高額療養費支給申請書　☐ 新規　☐ 変更　☑ 相続人登録

被保険者番号	09876543	個人番号	記入不要です
被保険者氏名	豊田　太郎	電話番号	☑ 申請者と同じ　（　　）　—

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けている場合はご記入ください。（福祉給付金をのぞく） （制度名 －　　）　（　費用徴収の　有　・　無　）	被保険者死亡日 令和 ○年○月○日

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	◎◎◎	銀行 / 信用金庫 / 農業協同組合（　）	▲▲	本店・支店（　）
預金種別	普通 / 当座			

口座番号 右詰で記載ください	2	3	4	5	6	7	8	● ●
口座名義人（カタカナ）	ト	ヨ	タ		イ	チ	ロ	ウ

・口座番号は７ケタです。
(右詰め記入しマスが空欄となった場合「０」を記入)
・口座名義人はカタカナで左詰めで記入。
・名前の濁点は１マス使用してください。
・氏と名の間は、１マス空けてください。

口座名義人はカタカナで左詰めにて記入してください。濁点・半濁点は

平成　　年　　月　　日

相続人の方が申請者として、ご記入をお願いします。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。高額療養費の支給後に、診療報酬明細書の再審査等により高額療養費が減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて広域連合が支給することに同意します。

〒　471 － 8501

申請者　住所　豊田市　西町3－60

（被保険者または相続人）

氏名　豊田　花子　（被保険者との関係　妻　）

連絡先　（0565）　34　－　6959

振込口座が申請者（相続人）以外の口座名義人の場合は、委任欄に記入・押印をお願いします。

代理人　（住所）　豊田市　西町3－60

（口座名義人）

（氏名）　豊　田　一　郎

（連絡先）　（0565）　34　－　6959　（被保険者との関係）　子

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。
この申請に基づく高額療養費の受領に関すること。

被保険者（氏名）　豊　田　花　子　豊田 印

※自署の場合は押印不要

被保険者の死亡により相続人が申請及び受領される場合は、以下の欄にも必ず記入・押印をしてください。

【誓約書】　後期高齢者医療にかかる高額療養費については、被保険者本人が死亡したため、相続人である私が受領します。私は、遺産分割の時まで責任をもってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、広域連合には一切迷惑をかけないことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

相続人　（氏名）　豊田　花子

市区町村確認欄

受付者		入力者	口座	受付	確認者	口座	受付	支給確定

広域連合確認欄

確認		訂正	