

年 月 日

## 後期高齢者医療高額療養費支給申請書 (相続人への口座変更申請)

被保険者番号		死亡者氏名 (被保険者)	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女

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られるか否か	
受けられる	(制度名ー ) (費用徴収の 有 ・ 無)
受けられない	

該当するものに○をつけてください。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 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )			預金種別 ( )
		普通座	当座	その他	
口座番号等 左詰記載して下さい					
口座名義人 (カタカナ)					

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

滋賀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。	
高額療養費のうち、福祉医療受給にかかる分の受領については、滋賀県後期高齢者医療広域連合長に委任します。	
年 月 日	〒 ー
申請者 (相続人の代表者)	住所 _____
	氏名 _____ (印)
	死亡者との続柄 _____ 電話番号 ( ) ー _____
申請者と口座名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任したものとみなす。	

私は、上記の死亡した被保険者に係る後期高齢者医療給付(高齢者の医療の確保に関する法律第56条)について、滋賀県後期高齢者医療広域連合より支給される療養費等の申請、請求及び受領に関する一切を相続人を代表して行うことを申し立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

また、滋賀県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第2条第2項に規定する他法からの給付に該当しないことを申し立てます。