養費支 書 高 療 給 申 請 額 兼誓 振 込 座 変 届 約 書 口 更

	0								個人番号 (マイナンバー)										
被保険氏名									生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	ļ	3	支給領	□ 扔	高額療 養養費	5	
住 所														種 別	□ 	寄額介	·護合第)	Ī	
交通事故等での怪我や病気で受診された方のみ 右の該当するものに○をつけてください。 1 : 交通事故(自損事故含む) 2 : けんか・犬咬み・食中毒等 ※該当するものがない場合は記入不要です。																			
	高齢者医療に関する医療給付等の振込口座を下記のとおり指定します。 本店																		
振込先金融機関					信			庫	合	本 支店・ 本店さ 出引 金融機関コード 店番号						預金種別	普	予 通	
		至番号) で記																	
ロカタ		名義. ナで)				<u> </u>	1										
 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 あわせて返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。 上記のとおり、医療給付等の振込口座を変更したいので届け出ます。 上記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付金の受領権利を私が承継いたしましたので、 医療給付等が行われる口座を変更してください。なお、他の相続人から異議申し立てがあった 場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。 																			
	- 医 _犯	上記(上記)	のと 被保 付等	おり、 険者(が行)	、医療 の後期 われる	療給作 朝高歯 る口座	寸等 <i>の</i> 冷者 図 坚 を 変	り振え 医療に 変更し	回以降の5 2口座を9 2関するB してくだる	を給分で 変更した を療給付ない。な	いので 金の受作 お、他の	届け出 須権利 の相続	ます。 を私が 人から	承糸	迷いた				
	- 医 _犯	上記(上記)	のと 被保 付等	おり、 険者(が行)	、医療 の後期 われる 任には	療給作 朝高歯 る口座	寸等 Ø 冷者 Ø を を 変 て 相 終	り振え 医療に 変更し	回以降の5 2口座を9 2関するB してくだる	を紹分で を更した を療給ない とするこ	いので 金の受作 お、他の	届け出 須権利 の相続 約しま	ます。 を私が 人から	承糸	迷いた				
3.	- 医 _犯	上記(上記) 療給(合は、	のと 被保 付等	おり、 険者(が行) の責(、医療 の後期 われる 任には	療制 あるい 月	寸等 Ø 冷者 Ø を を 変 て 相 終	り振え 医療に 変更し	回以降の5 込口座を8 こ関する日 こで解れて解れて い間で解れ	を紹分で を更した を療給ない とするこ	いので/ 金の受信 お、他(とを誓?	届け出 須権利 の相続 約しま	ます。 を私が 人から	承糸	迷いた				
3.	- - 医 場 る - - - - - - - - - - - - - - - - - -	上記(上記) 療給(合は、	のと 被保 付等 、 私 ()	お 強がの 住 氏 氏	、医療 の後期 われる 任には	寮 期るお 「一 ・ 「 一 ・ 」	寸等 Ø 冷者 Ø を を 変 て 相 終	り振え 医療に 変更し	回以降の5 込口座を8 こ関する日 こで解れて解れて い間で解れ	を紹分で を更した を療給ない とするこ	いので/ 金の受信 お、他(とを誓?	届け出 領権続 (□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	ます。 を私か。	が 異語	と と	立 一 内 者 姪	· があ 	った 	
3.	医場份 出約 医纤维	上記標合は、	のと: ************************************	お 強がの 住 氏 電 記の	、のわれに 月 名 長 者 そ を	を を を は の は の に に に に に に に に に に に に に	寸)	回以降の5 込口座を8 こ関する日 こで解れて解れて い間で解れ	を を を を を を を を を を を を を を	いので) 金の受付 をおと を 番 長 医療 に に	届 領和します (数□□□□()	ま を	が 乗業 でして、 では、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 に	といた。 といた。 といた。 といた。 の□配は、 の□配は、 の□配は、 の□に、 の□に、 の□に、 の□に、 の□に、 のこれで、 の、 のこれで のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで	立て一門者姪遺言に	□子 こよるホ	った	
3.	医場份 出約 医纤维	上 上 療合	のと: ************************************	お 強がの	、のわれに 月 名 長 者 そ を	を を を は の は の に に に に に に に に に に に に に	寸)	回込 可 以 口 関 し で し の の の の の の の の の の の の の	を 医 S C で 医 S C で 医 S C で で 医 S C で で た 付 な こ	いので 金おと を が 便番 に に に に に に に に に に に に に	届 頃の的 また	ま を	が 乗業 でして、 では、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 に	といた。 といた。 といた。 といた。 の□配は、 の□配は、 の□配は、 の□に、 の□に、 の□に、 の□に、 の□に、 のこれで、 の、 のこれで のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで	立て一門者姪遺言に	□子 こよるホ	った	
3. (誓	医男子 医男子 医男子 医乳子 医乳子 医乳子 医乳子 医乳子 医乳子 医乳子 医乳子 医乳子 医乳	上上療合 人者 一米 私更 生 私更 生 私更 生 私更 生 上 上 上 日 上 日 日 日 日 日	の 被付、	お険がの 住 氏 電 記、 番 り、者行責 年 住 氏 電 の又 号 所	、のわ任 子 を後れに 月 名 春 を受 そ を受 そ を そ	を を を は の は の に に に に に に に に に に に に に	寸	つ	回込 正 以 口 関 で で で で で で で を を を を を を を を を を を を を	を 医 S C で 医 S C で 医 S C で で 医 S C で で た 付 な こ	いので、 のののののののののの他誓言。 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、	届 頃の的 また	ま を	が 乗業 でして、 では、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 に	といた。 といた。 といた。 といた。 の□配は、 の□配は、 の□配は、 の□に、 の□に、 の□に、 の□に、 の□に、 のこれで、 の、 のこれで のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで、 のこれで	立て一門者姪遺言に	□子 こよるホ	った	

※被保険者の方が亡くなられている場合の誓約者は、法定相続人の方になります。 法定相続人とは、配偶者及び子(亡くなられている場合は孫・ひ孫)、親、兄弟姉妹等の血族に なります。子の配偶者等は法定相続人にはなりません。

高額療養費は相続にあたりますので、法定相続人の方の申請になります。

							•										
	被保険 者番号 0	4 1 2	3	4	5 6		人番号 ナンバー)										
	被保険者 氏名	広	域 太郎				生年 月日 明治 大正 昭和 20 年				月	1 目	支給	☑ 高額療養費□ 療養費□ 葬祭費			
	住 所	長崎ī		種 □ 弁示員 □ 高額介護合算 □ □ ()													
	交通事故等での怪我や病気で受診された方のみ 右の該当するものに○をつけてください。 1 : 交通事故(自損事故含む) 2 : けんか・犬咬み・食中毒等 ※該当するものがない場合は記入不要です。														ı		
後期高齢者医療に関する医療給付等の振込口座を下記のとおり指定します。																	
	振込先金	⊅うちょ	銀 行 信用金庫・信用組			且合		七六八			本店 支店・支所 本店営業部 出張所			預 普 通 金 種			
	融 機 関		労働金庫 農協・信漁連					金融機関	関コード			店番号		別()			
						_		T_									
	(右詰め	で記入)	0	1	2	3	4	5	6								
		名義人 ナで記入)	-	ュウィ	イキ	/	ハナ	コ									
公金 ことがあります。 ※ゆうちょ銀行(郵便局)をご希望の場合は他金融機関からの振込の受取口座として通帳に記載されている【店名】【口座番号】をご記入ください。 1. 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。あわせて返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。 2. 上記のとおり、医療給付等の振込口座を変更したいので届け出ます。 3. 上記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付金の受領権利を私が承継いたしましたので、医療給付等が行われる口座を変更してください。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。 会和 7年 7月 20日 郵便番号 850-0875 上記 3 をお読みになり、了承された上で署																	
	氏 名 広域 花子 電話番号 095-816-3930 一次 日本人 日本人																
高額療養費に関する通知書等の送付先を 上記以外の住所へ希望される場合は付箋 等に記入し貼付してください。 変更の届け、 又は受領、 で関する権限を委任します。 年 月 被保険者																	
	**	郵便番号							約者)日	V/I							
	代理人																
<u>氏 名 続柄 続柄 </u>																	
		電話番号	7														