

後期高齢者医療被保険者資格取得・変更・喪失等届及び再交付申請書

事由発生年月日		年 月 日	
証種別		<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 限度額認定証等
事由	1 取得届出	2 変更届出	3 喪失届出
	<input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保停廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> 県内市町村転出入 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 障害取下げ <input type="checkbox"/> 生保認定 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	4 再交付申請 (理由)		
	<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

個人番号		被保険者番号	
------	--	--------	--

後期高齢者医療保険の被保険者

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
住所	(世帯主名) 電話 ( ) -		
変更前住所	(世帯主名)		
変更前氏名			

届出にきた人	届出日	年 月 日
届出人氏名	本人との関係	
届出人住所	電話 ( ) -	

上記の通り関係書類を添えて届出・申請します。

なお、被保険者の資格に関し、広域連合又は市町村は被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者に対し、必要な調査を行うことに同意します。

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

証処理	交付：窓口・郵送 ( / )
	回収：済・未 ( / )
本人確認	書類名： 番号：
通称名希望	有 ・ 無

<p>〈証返還誓約〉</p> <p>このたび、被保険者証等がないため提出できませんが、後日発見した時には、直ちに返納いたしますことはもちろん、紛失等した被保険者証等による診療については、貴広域連合に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏名 _____</p>
--

備考		受付者		確認	
----	--	-----	--	----	--

# 後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日  
決定日 令和 年 月 日

保険者番号 3 9 3 0 2 0 7 0

被保険者番号

支給金額 ¥ 3 0 0 0 0 -

死亡者の氏名					
死亡者の生年月日	大・昭	年	月	日	
死亡年月日	令和	年	月	日	
死亡の場所					
死亡の原因	1：第三者行為（交通事故等）		2：その他（自損事故・疾病等）		
その他					
葬祭執行者	葬祭日	令和	年	月	日
	住 所				
	氏 名				
	連絡先				

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 当 座 ( )
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>				
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。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療給付及び還付金

振込口座登録届兼誓約書

保険者番号	3	9	3	0	2	0	7	0	被保険者氏名	
被保険者番号									生年月日	M・T・S 年 月 日

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合 労働金庫 ( )								本支店	預金種別	1. 普通 2. 当座 ( )
	口座番号										
	フリガナ										
	氏名										

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

新宮市長 様

令和 年 月 日に死亡した上記被保険者に係る後期高齢者医療給付及び還付金の振込口座を上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

〒 ー

住所

続柄

届出人

氏名

電話番号

誓約書

私は、上記被保険者の相続人の代表者として、当該被保険者に係る後期高齢者医療給付及び後期高齢者医療保険料に関する申請、請求及び受領の一切の権限を行使するものですので、次の事項を遵守することを誓約いたします。

- 1 当該被保険者に係る後期高齢者医療給付を受領した後、相続放棄等により相続権を失ったときは、当該受領した額を直ちに和歌山県後期高齢者医療広域連合に返還すること
- 2 当該被保険者に係る後期高齢者医療保険料の還付金を受領した後、相続放棄等により相続権を失ったときは、当該受領した額を直ちに新宮市に返還すること
- 3 他の相続人との間に、当該被保険者に係る後期高齢者医療給付等の相続に関する紛争・疑義等の問題が生じた場合、私の責任において解決すること
- 4 市民窓口課が新宮市の他の部・課・事業所等に上記届け出について情報提供する可能性があることを了承すること

令和 年 月 日

届出人 氏名

## 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	電話番号

他の制度により負担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 受けられない	(制度名) (費用の徴収 有・無)
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)

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合 ( )	本店 支店 ( )
普通 当座 ( )	口座番号	
口座名義人 (カタカナ)	給付及び還付金振込口座登録届のとおり	

(委任状)

私は次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

代理人の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

委任者 \_\_\_\_\_

和歌山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。  
また、過誤等により支給金額に変更があった場合は、次回以降分から差し引いて支給を受けることに同意します。

令和 年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_