

対象となる医療の内容（省略可）

一般・退職の区分	一般・退職	一般・退職
世帯主との続柄		
傷病名		
発症又は負傷の理由	1: 第三者行為（交通事故等）	1: 第三者行為（交通事故等）
	2: 業務上の災害（勤務災害等）	2: 業務上の災害（勤務災害等）
	3: その他(自損事故・疾病)	3: その他(自損事故・疾病)
病院等の所在地及び名称	所在地	所在地
	名称	名称
入院・外来の区分	外来・入院	外来・入院
病院で療養を受けた機関	年 月 日から同月 日まで 日間	年 月 日から同月 日まで 日間
保険診療分のうち支払った自己負担額	円	円
今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月		

高額療養費を支給される方が、一人世帯で死亡した時のみ必要です。本人と相続人の関係を明確にする為に、戸籍謄本も必要になります。※この場合、表面の振込先は誓約者の口座をご記入ください。

誓約書（療養を受けた被保険者が一人世帯で死亡した場合）

（故人の住所）高松市 番町一丁目8-15 （故人の氏名） 高松 太郎 氏の

平成 31 年 1. 3. 4 月診療分の国民健康保険高額療養費について、一人世帯であった当人が

令和 元 年 5 月 7 日に死亡したため相続人に支給されますが、私 坂出 良子 が

他の相続人に代わって全額受給するものです。なお、他の相続人の同意書を得ることが、遠隔、その他の事情で

困難なため提出できませんが、このことに関する異議等についての一切の責任を負うものです。

住 所	坂出市坂出町8-15	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">押印 (認め印OK)</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>
故人との続柄	子	
氏 名	坂出 良子	