

後期高齢者医療制度
沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

広域連合		市町村
課長	係	受付

療養費等受給辞退申請書

被保険者氏名	Ⓜ	
被保険者番号		
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	
住所	〒	
連絡先	固定：	携帯：

申請日 平成 年 月 日

【受給辞退する種別】

<input type="checkbox"/> 療養費	<input type="checkbox"/> 特別療養費	<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費
<input type="checkbox"/> 高額療養費	<input type="checkbox"/> 保険料の還付	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 受給するものすべて	<input type="checkbox"/> 葬祭費以外のすべて	

上記、被保険者に対して※平成 年 月 日以後の療養費等の受給を辞退する。これは、私(申請者)が辞退取消の申し立てをしない限り継続するものとし、これらの受給辞退について他の者から異議申出があった場合は、私が一切責任をもって処理することを誓います。

- ※ ・ 相続放棄などの場合は、被保険者の死亡年月日を記入してください。
・ 受給辞退申請書の提出時期により、療養費等が支給される場合があります。その際は、市町村役場担当課窓口へご連絡ください。

【申請者】

氏名	Ⓜ	被保険者との関係：
住所	〒	
連絡先	固定：	携帯：

【辞退取消申請】

申請日 平成 年 月 日

氏名	Ⓜ	申請者との関係：
住所	〒	
連絡先	固定：	携帯：
取消理由		