

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	備考：	
住 所	〒		
連 絡 先	固定：	携帯：	

申請日 令和 年 月 日

【受給辞退する種別】

☐ 療養費	☐ 特別療養費	☐ 高額介護合算療養費
☐ 高額療養費	☐ その他（ ）	
☐ 受給するものすべて	☐ 葬祭費以外のすべて	

上記、被保険者に対して※令和 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、備考欄に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 令和 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		