

誓 約 書

令和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長
甲府市長

申請者 (相続人代表者) 住所 _____
氏 名 _____ (印)
死亡した受給者との続柄 _____

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した受給者）死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の申請、請求及び受領を行うにあたり、他の相続人に対しては、私（申請者）が責任を持って異議のないように処理し、山梨県後期高齢者医療広域連合、甲府市に対して、一切迷惑をかけないことを誓約します。

記

(死亡した被保険者の住所)

(死亡した被保険者の氏名)

_____ (令和 年 月 日死亡)

被保険者番号 ()

【添付書類】

相続関係を証明する書類（戸籍、法定相続情報一覧など）

《担当者用》

申請者確認欄	担当者名	担当者印
本人確認（申請時） ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）		

※戸籍などの添付を省略する場合、必ず担当者が署名・押印してください

相続人に関する事項証明欄	担当者名	担当者印	担当課長印
上記、申請者が法定相続人であることを戸籍等により確認しましたので、法定相続人に相違ないことを証明します。			