

誓約書

令和 年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 _____
(葬祭執行者代表者) 氏 名 _____ 印 _____

死亡した受給者との続柄 _____

私は、葬祭執行者代表として、下記被保険者死亡後における、被保険者に係る後期高齢者医療葬祭費（高齢者の医療の確保に関する法律第 86 条）の申請、請求及び受領を行うことにあたり、他の葬祭執行者に対しましては、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に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

(死亡した被保険者の住所)

(死亡した被保険者の氏名)

(年 月 日死亡)

被保険者証番号 ()

《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（ ）		