

誓 約 書

平成 年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様
市・町・村長 様申請者 住所 _____
(相続人代表者) 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ことにあたり、他の相続人に対しましては、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、（ ）市・町・村に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

(死亡した受給者の住所)

(死亡した受給者の氏名)

(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） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※ 戸籍等のコピー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。			

記入例

誓 約 書

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様
市・町・村長 様相続人代表の申請者が
記入してください。申請者 住所 山梨県〇〇市〇〇123
(相続人代表者) 氏名 山梨 次郎 印
死亡した受給者との続柄 子

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ことにあたり、他の相続人に対しましては、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、（ ）市・町・村に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被保険者情報を記入
して下さい。

(死亡した受給者の住所) 山梨県〇〇市〇〇123

(死亡した受給者の氏名) 山梨 太郎 (〇〇年 〇〇月 〇〇日死亡)

被保険者証番号 (0 1 2 3 4 5 6 7)

《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） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※ 戸籍等のコピー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。			