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 |
|------|-----------------|
| | |

| 申請者 | 住 所 | |
|----------|-------------|-------|
| (相続人代表者) | 氏 名 | (EII) |
| | 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、<u>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</u>、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)

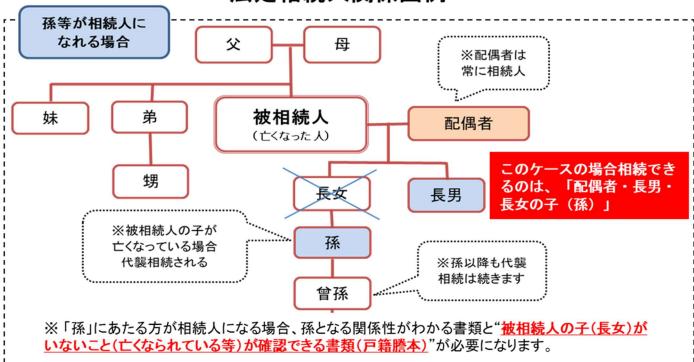
≪担当者用≫

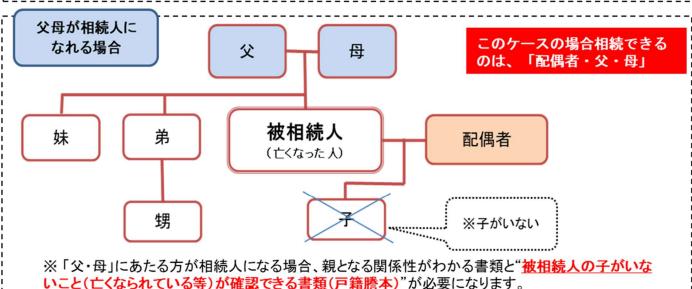
| 申請者確認欄 | 担当者名 | 担当者印 |
|-------------------|------|------|
| 本人確認 (申請時) | | |
| □運転免許証 □保険証 □その他(| | |

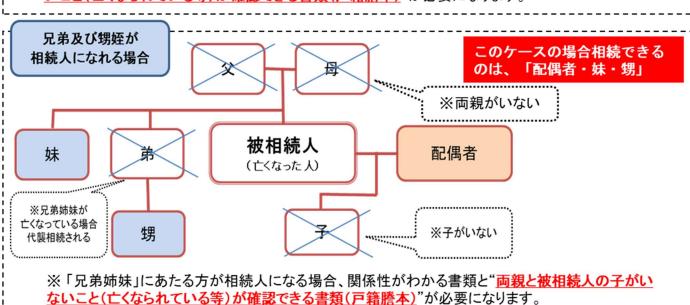
※戸籍などの添付を省略する場合、必ず担当者が署名・押印してください

| 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。 | | | |

法定相続人関係図例







※「甥姪」に当たる方が相続人になる場合、上記に加えて"その上の方(弟)がいないこと(亡くなら

れている等)が確認できる書類(戸籍謄本)"が必要になります。