

誓 約 書

年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 _____
(被保険者の遺族) 氏名 _____ 印
連絡先 _____
被保険者との続柄 _____

私は、下記被保険者における、被保険者に係る医療費通知の(再)交付の申請及び通知の受領を行うことにあたり、他の遺族に対しましては、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及び市町村に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

記

(被保険者の住所)

(被保険者の氏名)

_____ (年 月 日死亡)

被保険者番号 ()

- 【添付書類】
- ・申請者の身分証明書の写し
 - ・被保険者との続柄を確認できる書類の写し(戸籍謄本など)
- ※申請書提出時に提示の場合は添付不要

≪市町村担当者用≫

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、申請者が親族であることを戸籍等により確認しましたので、証明します。			