

申立・誓約書

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒
申立者 住 所 _____
(相続人代表者) フリガナ
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

死亡した被保険者との続柄 _____

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）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を申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理する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)

被保険者番号 ()