

誓 約 書

下記の者に係る療養費等の申請・請求及び受領につきましては、本人が死亡したため、私が相続人を代表してその責任を負うことを誓約します。なお、本件の相続代表者について、万一問題が生じた場合は、私共の責任において解決することとし、大分県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑はかけません。

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

〒
相続人代表者 住 所

氏 名

電話番号

死亡者との続柄

被相続人 (死亡者)	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	年　　月　　日
支給の内容		療養費　・　高額療養費　・　その他（ ）

【記入例】誓 約 書

下記の者に係る療養費等の申請・請求及び受領につきましては、本人が死亡したため、私が相続人を代表してその責任を負うことを誓約します。なお、本件の相続代表者について、万一問題が生じた場合は、私共の責任において解決することとし、大分県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑はかけません。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 870-0037

相続人代表者 住 所 大分市東春日町17番20号

氏 名 広 域 四 郎

電話番号 097-534-1771

死亡者との続柄 子

被相続人 (死亡者)	住 所	大分市東春日町17番20号
	氏 名	広 域 太 郎
	死亡年月日	令和 ** 年 ** 月 ** 日
支給の内容		療養費 ・ 高額療養費 ・ その他 ()