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（　　）