**申立書・誓約書**

年　　月　　日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長　様

死亡した被保険者

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 死亡年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　 |

私は、上記の死亡した被保険者に係る**後期高齢者医療給付（高齢者の医療の確保に関する法律第５６条）**について、滋賀県後期高齢者医療広域連合より支給される療養費等の申請、請求及び受領に関する一切を、相続人を代表して行うことを申し立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

申立人（相続人代表者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 死亡した被保険者との続柄 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　（　　　　　　） |