**申立書・誓約書**

２０年　５月２０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 | ０１２３４５６７ |
| 住　　　所 | 　 |
| 氏　　　名 | 大　津　太　郎 |
| 死亡年月日 | 　　２０　年　　５　月　２０　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 | 大津市後期町１番１号 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　後　期　花　子　　　　　　　 |
| 死亡した被保険者との続柄 | 長　女 |
| 電話番号 | ０７７　（　５２２　）　３０１３ |