

誓約書

後期高齢者医療にかかる、_____については、

被保険者_____が死亡したため、相続人である私が申請します。

この申請に基づく支給を受けたときは、私が、遺産分割の時まで責任を
もってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて
処理し、広域連合・市町村には一切迷惑をかけないことを誓約します。

年 月 日

(申請者) 住 所

氏 名

被保険者との続柄 ()

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様