

申立・誓約書

○死亡された被保険者について

保険者番号	3	9	1	6	2	0	1	1	被保険者番号	0									
被保険者氏名																			
生年月日	明治・大正・昭和						年	月	日	性別	男・女								
死亡年月日	令和 年 月 日																		

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

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、富山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立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

令和 年 月 日

〒

申立者 住所 _____
(相続人代表者) 氏名 _____

死亡した被保険者との続柄 _____

電話番号 _____ () _____

※相続人とは、法定相続人になります

法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなられている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹（亡くなられている場合は、その子）になります。