

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	1	7	1	1	1	1	1
被保険者氏名	給付 慎之介																
生年月日	明治・大正・昭和							12	年	2	月	22	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

〒939-2753

申立者住所 富山市婦中町速星△△番地
(相続人代表者) 氏名 給付 太郎

相続人代表の方の記名をお願いします。死亡した被保険者との続柄 子

電話番号 076 (465) 7503

※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。