

申立書・誓約書

年 月 日

大津市長 様
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高額介護合算療養費及び高額医療合算介護(予防)サービス費の申請、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	

※死亡した被保険者の住所と異なる居所への送付を希望される場合、「送付先変更申請書」を提出してください。「送付先変更申請書」は支所・市役所の窓口にあります。また、大津市ホームページからダウンロードもできます。詳しくはお問い合わせください。