

申立書・誓約書

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様
大 津 市 長

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申立人（相続代表者）の住所が異なる場合、申立人の住所を送付先に設定させていただきます（既に他の住所で送付先設定がされている場合を除く）