

申立書・誓約書

年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

申立者 住所
(相続人代表者)

氏名 印

被保険者との関係()

電話番号

届出者 氏名

申立者との関係()

私は、相続人代表として、下記被相続人(死亡した被保険者)死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費(高齢者の医療の確保に関する法律第56条)の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私(申立者)が責任を持って異議のないように処理し、徳島県後期高齢者医療広域連合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

(死亡した被保険者の住所)

(死亡した被保険者の氏名)

(年 月 日死亡)

被保険者証番号()

市町村受付時記載欄

本人確認書類
 届出者確認書類
(郵送の場合は、写しを添付すること。)

運転免許証
 健康保険証

パスポート
 その他()

担当者名