

# 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  
被保険者との関係( ) 印

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。)

個人番号カード     パスポート  
 運転免許証         その他( )  
 資格確認書

担当者名