

誓約書

令和 年 月 日

(提出先) 大阪府後期高齢者医療広域連合長

住 所

氏 名

電 話 ()

被保険者との続柄 ()

被保険者の死亡により、後期高齢者医療葬祭費の支給申請、請求及び受領に関し相続人を代表して私が行い、一切の責任を負うことを誓約いたします。

また、他の相続人からの問い合わせについては、情報提供することを了承します。

(被保険者)

被保険者番号

氏 名

住 所

《誓約書の記入について》

- 誓約書は、支給申請書の申請者と同じ方でご記入をお願いします。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号をご記入いただきますようお願いいたします。
- 支給申請書・誓約書と併せて、亡くなられた被保険者と申請者の方との続柄がわかる書類（戸籍や住民票等）のご提出をお願いする場合があります。詳しくは市町村窓口又は広域連合給付課までお問い合わせください。
- 誓約者をご自身でご記入されない場合は押印が必要です。