

富山県後期高齢者医療 申立・誓約書

○死亡された被保険者について

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|---|---|---|--|----|---|---|----|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 | 3 | 9 | 1 | 6 | | | | | | 被保険者番号 | 0 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | | | | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | | | | | | | | | |
| 死亡年月日 | | | | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |

富山県後期高齢者医療広域連合長 様
 介護保険者の長 様

私は、上記の死亡した被保険者に係る後期高齢者医療給付（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）・介護給付（介護保険法第40条・第52条）について、富山県後期高齢者医療広域連合及び介護保険者より支給される療養費・介護サービス費等の申請、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立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

令和 年 月 日

〒

申立者 住所 _____
 (※相続人代表者) 氏名 _____

被保険者との続柄 配偶者・子・その他 ()

電話番号 _____ ()

※相続人とは、法定相続人になります。

法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなられている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹（亡くなられている場合は、その子）になります。