

## 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

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）について、滋賀県後期高齢者医療広域連合より支給される療養費等の申請、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	