

# 誓約書

下記の者に係る療養費等の申請・請求及び受領につきましては、本人が死亡したため、私が相続人を代表してその責任を負うことを誓約します。なお、本件の相続代表者について、万一問題が生じた場合は、私共の責任において解決することとし、大分県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑はかけません。

平成 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

相続人代表者 住 所  
氏 名  
電話番号  
死亡者との続柄

被相続人 (死亡者)	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	
支給の内容	療養費 ・ 高額療養費 ・ その他 ( )	

# 【記入例】

## 誓約書

下記の者に係る療養費等の申請・請求及び受領につきましては、本人が死亡したため、私が相続人を代表してその責任を負うことを誓約します。なお、本件の相続代表者について、万一問題が生じた場合は、私共の責任において解決することとし、大分県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑はかけません。

平成 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 870-0037  
相続人代表者 住 所 大分市東春日町17番20号  
氏 名 広 域 四 郎 印  
電話番号 097-534-1771  
死亡者との続柄 子

被相続人 (死亡者)	住 所	大分市東春日町17番20号
	氏 名	広 域 太 郎
	死亡年月日	平成 ** 年 ** 月 ** 日
支給の内容	療養費 ・ 高額療養費 ・ その他 ( )	