

誓 約 書

令和 年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所
(葬祭執行者代表者)

氏 名 印

死亡した受給者との続柄

私は、葬祭執行者代表として、下記被保険者死亡後における、被保険者に係るその他の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86条）の申請、請求及び受領を行うことにあたり、他の葬祭執行者に対しましては、私（申請者）が責任を持って異議のないように処理し、山梨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)

(平成・令和 年 月 日死亡)

被保険者証番号 ()

《担当者用》

申請者確認欄	担当者名	担当者印
本人確認（申請時） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		