

誓 約 書

年 月 日

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

住 所

誓約者 氏 名

印

連絡先

死亡した被保険者との続柄

私は、死亡した被保険者 (被保険者番号)
の相続人の代表者として、当該被保険者に係る後期高齢者医療給付に関する申
請、請求及び受領の一切の権限を行使するものですので、次の事項を遵守する
ことを書面をもって誓約いたします。

- 1 当該被保険者に係る後期高齢者医療給付を受領した後に、相続放棄をした
ときは、当該受領した額を直ちに三重県後期高齢者医療広域連合に返還する
こと
- 2 他の全ての相続人には、私が責任を持って異議等がないように対処し、三
重県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけないこと