

誓約書

年 月 日

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長
市・町・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高額介護合算療養費等給付に関する申請、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高額介護合算療養費等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、市・町・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、市・町・広域連合) には一切迷惑をかけないこと

※ お断り

ご遺族様の宛て先の登録のない方につきましては、ご本人様がお亡くなりになられている場合でも、ご本人様の宛て先にてお知らせしております。失礼かとは存じますがご了承ください。

また、相続人代表者様につきましては、裏面書類と高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書を合わせて市役所・町役場へ提出してください。

お手数をお掛けしますが、よろしく申し上げます。