

誓 約 書

年 月 日

(提出先) 大阪府後期高齢者医療広域連合長

〔誓約者 (※)〕

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 () _____

被保険者との続柄 () _____

(※) 誓約者は三親等以内の親族（内縁者は含みません）又は
公的な証明書等により相続権を有する方になります。

高額療養費の支給申請にあたり、被保険者の死亡により、私が責任を持って他の相続人を代表して行うことを誓約いたします。

また、他の相続人からの問い合わせについては、本書記載の情報を提供することを了承します。

〔被保険者〕

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

《誓約書の記入について》

- 被保険者の方がお亡くなりになられている場合にご記入ください。
- 支給申請書の申請者と同じ方がご記入ください。
- 誓約者をご自身でご記入されない場合は押印が必要です。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号を必ずご記入ください。
- 申請書の提出後、必要があると認めた場合は、亡くなられた被保険者と申請者（誓約者）の方との続柄がわかる書類（戸籍や住民票等）の追加のご提出をお願いすることがあります。