

誓 約 書

本件について申請すべき被保険者_____が、
平成_____年_____月_____日死亡したため、申立人(本人との関係
(続柄): _____)である私が高齢者の医療の確保に関する法律に
よる_____の申請を行いますが、相続等で問題が生じた場合には、
山形県後期高齢者医療広域連合に対して、即座に支払を受けた金額を
返還することを誓約します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申立人 住所

氏名

印

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

電話番号 ()