

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

亡くなった被保険者名
を記入してください。

広域 連五郎

が死亡しているため、死亡後における高額介護
合算療養費^{※1}及び高額医療合算介護（予防）サービス費^{※2}の支給につきましては、
相続人を代表して私（相続人代表者）が申請、請求及び受領するとともに、他の相
続人に対しましては、私が一切の責任を負い、このことに関する異議等のないよう
に処理することを誓約いたします。

※1 高齢者の医療の確保に関する法律第56条第2号に定める高額介護合算療養費

※2 介護保険法第40条第11号の2に定める高額医療合算介護サービス費

申請者となる、相続権のある
方（の代表者）の住所・氏名・
続柄・電話番号を記入してく
ださい。

平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日

〒 **760 - 0066**

相続人代表者

住 所 **高松市福岡町二丁目3番2号**

氏 名 **広域 太郎**



死亡者との続柄 **子**

電話番号 **087-811-1866**

申請書と
同じ印を
押してく
ださい。

平日の日中に連
絡の取れる電話
番号をお願いします。

（自署、押印のこと）