

誓 約 書

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長市・区・町・村長

【 誓約者（※） 】

住 所氏 名電話番号

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。

高額医療・高額介護合算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、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記入してください。
- 支給申請書の申請者と同じ方が記入してください。
- 誓約者ご自身が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記入してください。
- 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）の方との続柄や相続権を有することを証明する書類の追加のご提出をお願いすることがあります。

委 任 状

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長市・区・町・村長

高額医療・高額介護合算療養費に要した費用の受領に関する一切の
権限を次の者に委任します。

【 受任者（口座名義人） 】

住 所氏 名

【 委任者（申請者） 】

住 所氏 名

申請者が手書きまたは記名押印してください。

《委任状の記入について》

- 申請者以外の口座に振込を希望される場合に記入してください。
- 【受任者（口座名義人）】欄には、委任を受けた方（口座名義人）を記入してください。
また、【委任者（申請者）】欄には、被保険者本人または誓約者の方を記入してください。