

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 】

住 所

氏 名

生 年 月 日 年 月 日

《誓約書の記入について》

- この誓約書は、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。
- 申請者（誓約者）がご自身でご記入されない場合は【誓約者】欄に押印が必要です。
- 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。

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（ ）に委任します。

【 委任者 】

住 所

氏 名

《委任状の記入について》

- この委任状は、被保険者本人以外の口座に振込を希望される場合に、ご記入ください。
また【委任者】欄には、被保険者本人または誓約者の方をご記入ください。
- 申請者（委任者）がご自身でご記入されない場合は【委任者】欄に押印が必要です。