

申立・誓約書（葬祭費支給申請用）

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

受付日 年 月 日

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

申立者

住所

氏名

死亡した被保険者との関係

私は、下記被保険者の死亡に関して、直接葬祭を行いました。

私が、直接葬祭を行った者として後期高齢者医療葬祭費を申請及び受領することを申し立てます。

なお、私が後期高齢者医療葬祭費を申請及び受領することについて、第三者より異議等申し立てがあった場合、私はその第三者に対して責任を持って処理し、茨城県後期高齢者医療広域連合に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

死亡した被保険者の住所・氏名

住所

氏名

(年 月 日死亡)

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--