

確 約 書

令和 年 月 日

尼崎市長あて

申請者(相続人)

住所： _____

氏名： _____

相続人本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号： _____

被相続人との続柄： _____

「国民健康保険医療費のお知らせ 再発行申請書」に記載の世帯主死亡に伴い、私(相続人)が、医療費のお知らせの再発行を依頼しますが、他の相続人等から異議申立てがあったときは、私の責任において解決し、貴市には一切ご迷惑をかけたことを確約します。

被保険者証番号		
被保険者 (被相続人)	住所	〒 _____
	氏名	_____
	死亡年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※申請者は、本人確認ができる証明書(例)、相続人と被相続人の関係がわかるもの(戸籍謄本の写し等)を持参してください。

例:マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・公的機関が発行した本人写真付の身分証明書など