

長崎県後期高齢者医療 葬祭執行者申立兼誓約書

保険者番号		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日

葬祭執行者		死亡した被保険者との続柄	
葬祭場の名称		葬祭日	年 月 日
葬祭場の住所			

上記のとおり葬祭を執行したことに相違ないことを申し立てます。なお、他の者より異議申し立てがあった場合は、私の責任において対応及び解決することを誓約します。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申立兼誓約者

(葬祭執行者)

住 所

氏 名

連絡先

<記入例>

長崎県後期高齢者医療 葬祭執行者申立兼誓約書

保険者番号	3	9	4	2	2	0	1	9	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	広域 太郎							生年月日	明 治 大 正 9 年 1 月 1 日 昭 和								

葬祭執行者	広域 花子			死亡した被保険者との続柄	妻
葬祭場の名称	●●葬儀	葬 祭 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
葬祭場の住所	長崎市★★町★番★号				

申立及び誓約内容を確認し、口にチェックをしてください。

上記のとおり葬祭を執行したことに相違ないことを申し立てます。なお、他の者より異議申し立てがあった場合は、私の責任において対応及び解決することを誓約します。

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申立兼誓約者

(葬祭執行者)

住 所 長崎市栄町4番9号

氏 名 広域 花子

連絡先 095-816-3930