**誓　　約　　書**

令和　　 年　　 月　　 日

（提出先）　大 阪 市 長

住　所

氏　名

　　　　　　　の死亡により、下記の療養等の申請、

受給権者

被保険者

請求及び受領に関する一切をを代表して、私が行いその責任を全て負うことを誓約します。

相続人

請求者

記

1. 大阪市国民健康保険療養費
2. 大阪市国民健康保険高額療養費
3. 大阪市国民健康保険高額介護合算療養費等
4. 大阪市国民健康保険食事療養費
5. 大阪市国民健康保険移送費
6. 大阪市国民健康保険訪問看護療養費
7. 大阪市国民健康保険特別療養費
8. 大阪市国民健康保険出産育児一時金
9. 大阪市国民健康保険葬祭費
10. 大阪市国民健康保険傷病手当金

　　葬祭を行った者の氏名

（添付書類）

* 誓約者の本人確認ができるもの
* 戸籍謄本等（被保険者との関係を証明するもの）