

※申請者が、葬祭費申請後、受給までの期間に死亡した場合に、提出するものです。

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

記入例

## 誓約書

(被保険者)

広域 連五郎 の 後期高齢者医療葬祭費については、  
申請者 広域 太郎 が 平成30年4月1日 に死亡した  
ことにより、相続人に支給されますので、私 広域 連子 が  
が他の相続人に代わって、全額受給するものです。

なお、他の相続人からの葬祭費の支給に関する異議等については、  
私が一切の責任を負うことを誓約します。

平成30年 4月10日

〒 760-0066

住 所 高松市福岡町二丁目3番2号

氏 名 広域 連子 広域 印

申請者との続柄 妻  
(自署、押印のこと)

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は ( ) 内に記入してください。

振 込 先	<input checked="" type="radio"/> 銀行 広域 ( )	<input type="radio"/> 本店 広域 ( )	<input checked="" type="radio"/> 支店	種 目	口 座 番 号
	<input type="radio"/> 信用金庫	<input type="radio"/> 信用組合	<input type="radio"/> 農 協	<input checked="" type="radio"/> 1 普通預金	7 6 5 4 0 0 0
	<input type="radio"/> 金融機関コード	<input type="radio"/> 店舗コード	<input type="radio"/> 2 当座預金	<input type="radio"/> 3 その他	
	フリガナ	口座名義人			
				口座名義人	高松市 広域 連子

(保険者)

高松市

(被保険者番号)

12345678