

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

## 誓 約 書

(被保険者)

\_\_\_\_\_の 後期高齢者医療葬祭費については、  
申請者 \_\_\_\_\_が 平成 年 月 日に死亡した  
ことにより、相続人に支給されますので、私 \_\_\_\_\_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 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_  
住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

申請者との続柄

\_\_\_\_\_ (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	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	種 目	口 座 番 号
	( )	( )	1 普通預金	.....
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	.....
	フリガナ		3 その他	.....
	口座名義人			

\_\_\_\_\_ (保険者)

\_\_\_\_\_ (被保険者番号)