

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

被保険者名を記入してください。

広域 連五郎 の

高額医療・高額介護合算療養費

については、当人が平成 21 年 10 月 2 日に死亡したため
相続人に支給されますが、私 広域 連太郎 が他の相続人に
代わって全額受給するものです。

誓約者名を記入してください。

なお、他の相続人の同意書を得ることが、遠隔、その他困難なため
提出できませんが、このことに関する異議等についての一切の責任を
負います。

誓約者の住所・氏名・続柄・電話番号を記入し、押印してください。誓約者宛てに送付先変更をしますので、正確に記入してください。

平成 **21** 年 **10** 月 **30** 日

〒**760-0066**

住 所 **高松市福岡町二丁目3番2号**

氏 名 **広域 連太郎**



死亡者との続柄 **子**

申請書と同じ印を押してください。

電話番号 **987-654-3210**

(自署、押印のこと)