

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

_____の _____の _____

については、当人が平成 ____年 ____月 ____日に死亡したため
相続人に支給されますが、私 _____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。

平成 ____年 ____月 ____日

〒 _____

住 所

氏 名

Ⓜ

死亡者との続柄

電話番号

(自署、押印のこと)