

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

(被保険者)

_____様の 後期高齢者医療葬祭費については、
申請者 _____様が 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は、一切の
責任を負います。

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
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
フリガナ	口 座 名 義 人			3 その他

(保険者)

(被保険者番号)