

※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 様の 後期高齢者医療葬祭費については、
申請者 広域 太郎 様が 平成25年1月23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 **25**年 **8**月 **8**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	銀行	本店	種 目	口 座 番 号			
	信用金庫	支店		1 普通預金	2 当座預金	3 その他	
	広域	広域					
	()	()					
	金融機関コード	店舗コード					
	9 9 9 9	9 9 9					
	フリガナ	コウイキ レンコ					
	口座名義人	広域 連子					

(保険者)

高松市

(被保険者番号)

12345678