

※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 の後期高齢者医療葬祭費については、  
申請者 広域 太郎 が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

〒 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	7	6	5	4	0	0
( )	広域	広域	2 当座預金							
金融機関コード	農協	出張所	3 その他							
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