

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

(被保険者) _____ の **傷病手当金** については、

当人が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。

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)