

※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。

●●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	9 9 9 9	店舗コード	3 その他							
	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