

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

(被保険者)

_____の後期高齢者医療葬祭費については、
申請者 _____が死亡したことにより、相続人に
支給されますので、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

〒 _____
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 出張所	種 目	口 座 番 号			
	()	()	1 普通預金				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金					
		3 その他 ()					
フリガナ							
口座名義人							

(保険者)

(被保険者番号)