

誓 約 書

被保険者番号

(保険証の数字8桁)

被保険者氏名

の上記の医療給付等については、

 被保険者本人受給権者である 被保険者以外 ()

が死亡しているため、

私が相続人を代表して、申請、請求及び受給するとともに、他の相続人に対し
ましては、私が一切の責任を負い、異議のないようにすることを誓約します。

令和 年 月 日

〒

住 所

(フリガナ)

誓 約 者
(相続人代表者)

氏 名

印

被保険者との続柄

電話番号

(日中連絡可能なもの)

(自署、押印のこと)

※誓約者以外の人が、窓口に誓約書を持参する場合は記入してください。

窓口持参者	氏名	被保険者との続柄	連絡先
-------	----	----------	-----

※下記の振込先口座欄は、被保険者（受給権者）が申請後、受給までの期間に死亡した場合等にご使用ください。

※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 その他					
		()					
フリガナ							
口座名義人							

市 町 記 入 欄			受付者
申請受給権確認	相続順位上位・登記事項証明書・公正証書・検認済遺言書・委任状・その他 ()		
持参者本人確認	【1点】免許・個人・在留・障害・他 ()	備 考	
	【2点】保険・診察・キャッシュカード・他 ()		※相続順位確認内容など