

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

# 誓 約 書

支給科目	<input type="checkbox"/>	高額療養費（外来年間合算）
	<input type="checkbox"/>	(医療) 高額介護合算療養費
		(介護) 高額医療合算介護 (介護予防) サービス費
<input type="checkbox"/>	療 養 費	

※該当する支給科目1つだけに☑して下さい。  
※誓約者は、相続人代表者です。

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、

受給権者である  被保険者本人  
 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

Ⓜ

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 ( ) 【2点】保険・診察・キャッシュカード・他 ( )	備 考	

※相続順位確認内容など