

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

支給 科目	葬 祭 費
----------	-------

※誓約者は、葬祭を行った者の相続人代表者です。

誓 約 書

被保険者番号

(資格確認書の数字8桁)

被保険者氏名

の後期高齢者医療葬祭費については、

受給権者(葬祭を行った者) 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

葬祭を行った者
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		誓約者 との続柄		連絡先	
-------	----	--	-------------	--	-----	--

※下記の振込先口座欄は、葬祭を行った者(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（				