

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

被保険者番号

(資格確認書等の数字8桁)

支給科目	☐	高額療養費（外来年間合算）
	☐	(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
	☐	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)

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（				