

## 誓約書

国民健康保険医療にかかる、

高額療養費（外来年間合算を含む。）

療養費

食事療養標準負担額差額

その他（ ）

については、被保険者（ ）が死亡したため、相続人である私が受領します。

私は、遺産分割の時まで責任をもってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、保険者（東浦町）には一切迷惑をかけることを誓約します。

令和 年 月 日

住所

相続人氏名 印

連絡先（ — — ）

被保険者との続柄（ ）

東浦町長 様

相続人の方は、身分証明書（運転免許証等）及び認印（朱肉印）をご持参ください。  
※身分証明書はコピーをとらせていただきます。  
郵送の場合は、身分証明書のコピーを同封してください。