

誓約書（療養を受けた被保険者が一人世帯で死亡した場合）

（故人の住所）高松市 **番町1丁目8-15** （故人の氏名） **高松 太郎** 氏

の **平成 31** 年 **3** ・ **4** 月診療分の国民健康保険食事療養標準負担減額差額については、

一人世帯であった当人が **令和元** 年 **5** 月 **10** 日に死亡したため相続人に支給されますが、

私 **坂出 良子** が他の相続人に代わって全額受給するものです。

なお、他の相続人の同意書を得ることが、遠隔、その他で困難なため提出できませんが、このことに

関する異議等についての一切の責任を負うものです。

〒 **762-0012**

住所 **坂出市林田町8-15**

氏名 **坂出 良子**

（みとめ印で可）

印

故人との続柄 **子**

差額を支給される方が、一人世帯で死亡した時のみ必要です。  
本人との続柄のわかる戸籍謄本が必要です。  
この場合、表面の振込先は誓約者の口座をご記入ください。