

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) _____ (故人の氏名) _____ 氏

の 令和 _____ 年 _____ 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡したため相続人に支給されますが、

私 _____ 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は一切の責任を負うものです。

〒

住所

氏名

印

故人との続柄

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等が必要です。
この場合、表面の振込先は誓約者の口座になります。
なお、届出人(窓口に来る方)と誓約者が異なる場合は、押印(認め印可)が必要です。

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 令和 5 年 4. 5 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 5 年 6 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

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等が必要です。
この場合、表面の振込先は誓約者の口座になります。
なお、届出人（窓口に来る方）と誓約者が異なる場合は、押印（認め印可）
が必要です。