

誓 約 書

下記被保険者の傷病手当金支給に関する申請・請求及び受領につきましては、当人の死亡のため、遺族を代表して私がその責任を負うことを誓約いたします。

なお、傷病手当金の支給決定に伴う受給等について、万一、遺族間の問題等が生じた場合は、私どもの責任において解決することとし、大分県後期高齢者医療広域連合には一切ご迷惑をおかけしません。

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 殿

代表者 住 所

氏 名

電話番号 () -

被保険者（死亡者）との続柄

被保険者 (死亡者)	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	令和 年 月 日