

約 定 書

被保険者番号 谷国 _____

被保険者氏名 _____

上記の者が 平成・令和 年 月 日に

死亡したため、

葬祭費	}	の領収について、相続人である私が受領いたします。
療養費		
高額療養費		
高額介護合算療養費		
特別療養費		
出産育児一時金		
その他()		

これらの受領に関する一切の権限について既に相続人全員の同意を得ております。
なお、問題が発生した場合は、私の責任において解決いたします。
上記のとおり誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

電話番号 _____

北 谷 町 長 様