

郡山市国民健康保険給付等に伴う誓約書

被保険者証記号番号 島3

被保険者（死亡者）氏名

死亡年月日 年 月 日

死亡者の住所

給付金等の種類

私は、上記被保険者の相続権を有していることに相違ありません。

上記被保険者が国保診療を受けた分について、給付等の受領に伴い相続人の間で争いが生じた場合は、全て私の責任で解決いたします。

つきましては、支払方法を下記のとおり変更願います。

なお、当該給付等を返戻することとなった場合は、私の責任において即時全額返戻いたします。

記

支払方法 1 口座払い（以下のとおり） 2 窓口払い

金融機関名	銀行・組合		本店・本所							
	金庫・農協		支店・支所							
口座種別	普通・当座	店番号			口座番号					
フリガナ										
口座名義人										

令和 年 月 日

誓約者 住所

氏名

死亡者との関係

電話番号 - -