

(あて先) 沖縄市長 様

令和 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

誓 約 書

住 所

氏 名 (年 月 日生)

死亡日 年 月 日

上記の者が死亡したため、下記の還付金及び給付費等があった場合の受領については、相続人の間で協議した結果、下記「相続人」が受領いたします。

これらの受領について他の相続人との間に争いが生じた場合には、一切の責任を負うことを誓約します。

記

後期高齢者医療保険	介護保険	国民健康保険
1.保険料還付金 2.療養費 3.高額療養費 4.食事・療養費差額 5.高額介護合算療養費 6.特別療養費 7.その他 ()	1.保険料還付金 2.高額介護(予防)サービス費 3.高額医療合算介護(予防)サービス費 4.居宅介護(予防)福祉用具購入費 5.居宅介護(予防)住宅改修費 6.介護サービス利用者負担助成金 7.	1.保険料還付金 2. 3. 市税等※ 1.市県民税還付金 2.固定資産税還付金 3.軽自動車税還付金

※相続人代表が設定されている市税等については、相続人代表者に還付手続きをしていただくことになります。

氏 名 (続柄:)

(※自署でない場合は、記名押印してください。)

<相続人>

〒

住 所

電話番号

※相続人と異なる場合のみ、記入してください。

窓口持参者 氏名: (続柄:) 電話番号

振 込 先	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	普通						
口座名義人(カナ)									

市 確 認 欄	身分証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	原本保管課	<input type="checkbox"/> 関係課へ写し提供(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 納税 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 保育 ※相続人等より收受した誓約書について、收受印を押印後、写しを持参者へ速やかに提供すること。 宛名番号() 後期高齢者医療被保険者番号()