

約 定 書

被保険者番号

被保険者氏名

上記の者が 平成 年 月 日に

死亡したため、

療養費
高額療養費
食事・療養費差額
高額介護合算療養費
特別療養費
保険料の還付
その他()

の領収について、相続人である私が

受領いたします。

これらの受領について他の者から異議申出があった場合は、私が一切責任をもって
処理することを約します。

平成 年 月 日

〒
住 所

氏 名

印

続 柄

電話番号

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿
市町村長 殿