

約 定 書

被保険者番号

世帯主氏名

上記の者が 令和 年 月 日に死亡したため、
今後金武町国民健康保険で発生する

高額療養費
療養費
高額介護合算療養費
保険税の還付
葬祭費
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。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

被相続人との続柄

電話番号

金武町長 殿