

約 定 書

被保険者番号

被保険者氏名
(亡くなられた方)

上記の者が、令和 年 月 日に

死亡したため、

高額療養費
高額介護合算療養費
葬祭費
療養費
特別療養費
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

印

続 柄

電話番号

那 覇 市 長 殿