誓　約　書

下記の者に係る葬祭費の申請・請求及び受領につきましては、葬儀を行った者を代表して、私がその責任を負うことを誓約します。なお、本件について、万一問題等が生じた場合は、私共の責任において解決することとし、大分県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑はかけません。

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

代表者　住　所

氏　名

電話番号

死亡者との続柄

被保険者 （死亡者）	住　所	
	氏　名	
	死亡年月日	年　　月　　日