

誓 約 書

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

住 所

被保険者との続柄 []

電 話 () -

氏 名

被保険者 の死亡により、過誤納となった介護保険料の受領に関する一切を、
相続人を代表して私が行い、その責任の全てを負います。

(以下は記入しないでください。)

1 徴収方法 特別徴収 普通徴収

2 被保険者死亡日 平成 年 月 日

3 特別徴収日 平成 年 月 日

生前支給年金 (死亡日以前に支払われた年金)

生前未支給年金 (死亡日の翌日以降に支払われた年金)



未支給年金請求者有

公簿確認 未支給年金決定通知書等確認

4 相続確認

公簿確認 戸籍謄本等確認