

# 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 令和 年 月 日

3 特別徴収日 令和 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