

誓約書

年 月 日

(提出先) 大阪市長

住所 _____

氏名 _____ 印

被保険者の死亡により、高額医療合算介護(介護予防)サービス費の申請、請求及び受領に関し相続人を代表して、私が行いその一切の責任を全て負うことを誓約します。

(被保険者)

氏名 _____

住所 _____

介護保険被
保険者番号 _____

(添付書類)

- ・ 誓約者の本人確認できるもの(健康保険証、運転免許証、パスポート等)
- ・ 戸籍謄本等(被保険者との関係を証明するもの)