

福島市国民健康保険葬祭費給付に伴う誓約書

被保険者証記号番号	島1	
被保険者(死亡者)氏名		生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
死亡年月日	平成 令和 年 月 日	
死亡時の住所		

上記被保険者における国民健康保険の葬祭費の申請及び受領に伴い、争いが生じた場合は、全て私の責任で解決いたします。

なお、葬祭費を返戻することとなった場合は、私の責任において即時全額返戻いたします。

令和 年 月 日

誓約者 住所 _____
(喪主) _____
氏名 _____ (印)
死亡者との関係 _____
電話番号 _____ - _____

※自筆の場合は押印不要です。