

一般疾病医療費の受領について（誓約書）

手帳番号 _____ 氏名 _____ が受給すべき一般
疾病医療費（令和 ____ 年 ____ 月分）については、本人が令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日に
死亡したため、法定相続人の私が受領します。

なお、この一般疾病医療費を受領することについての、一切の責任を負います。

【支払希望金融機関】

金融機関名	
支店名	
普通預金口座番号	

捨印

※ 請求者本人名義のものを記入してください。

※ ゆうちょ銀行の場合は、記号（5桁）番号（8桁）を記入してください。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

ふりがな
氏 名 _____ 印

受給権者（被爆者）との続柄 _____

広島県知事 様