**誓　約　書**

下記の者に係る葬祭等の申請・請求及び受領につきましては、葬儀を行った者を代表して、

私がその責任を負うことを誓約します。なお、本件について、万一問題等が生じた場合は、私共の責任において解決することとし、日出町国民健康保険には一切迷惑はかけません。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

日出町長　　 様

代表者　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　死亡者との続柄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　被保険者　(死亡者) | 住　　　所 | 日出町 |
| 氏　　　名 |  |
| 死亡年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 支給の内容 | 葬　祭　費 |