

念 書

令和 年 月 日

相続人住所.....

氏名.....

電 話 番 号.....

被相続人との続柄.....

下記療養費の受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任を持つて解決し、周防大島町には一切ご迷惑はおかけいたしません。

なお、同療養費の振込口座は、次のとおりとします。

(金融機関名 _____銀行 _____支店、預金種別 普通、
口 座 番 号 _____、口座名義_____)

記

療養者氏名：() 様 (診療月： 年 月)