

委任状

令和 年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

私が愛媛県後期高齢者医療広域連合より支払いを受ける、表記の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義)
住所	住所
氏名 印	氏名

念書

令和 年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

死亡者	氏名
相続人	住所
	氏名 印
	続柄

年 月 日 の死亡により、後期高齢者医療の表記申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、愛媛県後期高齢者医療広域連合には一切ご迷惑はおかけいたしません。

【申請に必要な添付書類】

- 入院期間(日数)、支払った標準負担額等(生活療養標準負担額)を証明する領収書等