１．後期高齢者医療　療養費
２．後期高齢者医療　高額療養費
３．後期高齢者医療　移送費
４．後期高齢者医療　葬祭費
５．後期高齢者医療　食事（生活）療養標準負担額差額
６．後期高齢者医療　高額介護合算療養費

委　　任　　状

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、標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

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、後期高齢者医療の標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。