

# 委任状

(あて先) 愛媛県後期高齢者医療広域連合長  
大洲市長

年 月 日

私が愛媛県後期高齢者医療広域連合、及び大洲市より支払いを受ける高額医療・高額介護合算療養費について、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 (口座名義人)	
住所	氏名	住所	氏名

# 念書

(あて先) 愛媛県後期高齢者医療広域連合長  
大洲市長

年 月 日

死亡者	氏名		
相続人	住所		
	氏名	続柄	

年 月 日 の死亡により、高額医療・高額介護合算療養費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、及び大洲市には一切ご迷惑はおかけいたしません。