

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 |
| | 続柄 |

年 月 日 の死亡により、後期高齢者医療の傷病手当金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。