

念 書

年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者が亡くな
られている場合は、
こちらの念書に同
意の上、必要事項を
記入してください。

死亡者	氏名
	住所
相続人	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。