

委 任 状

年 月 日

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

私(申請者)は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日 申請した、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて

支給される

(	療 養 費	)
	高額療養費	
	葬 祭 費	
	その他 ()	

の申請・受領に関すること。

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(被保険者番号 _____)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

※振込先に代理人の口座を指定する場合は、公金受取口座を利用することはできません
ので、申請書に口座情報を必ずご記入ください。