

# 委任状

令和 年 月 日

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、次の権限を委任する。

令和 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 \_\_\_\_\_ (印)

連 絡 先 \_\_\_\_\_

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様