

# 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  
高額介護合算療養費  
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 \_\_\_\_\_