

委任状

年 月 日

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

私(申請者)は、下記の者を代理人と定め、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

{	<input type="checkbox"/> 療養費	}	の	{	<input type="checkbox"/> 申請	}
	<input type="checkbox"/> 高額療養費				<input type="checkbox"/> 受領	
	<input type="checkbox"/> 葬祭費					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					

に関する必要な権限の全てを委任します。(※該当する項目に☑を入れてください。)

〒

申請者 住所 _____
(被保険者)

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

(後期高齢者医療被保険者番号 _____)

〒

代理人 住所 _____
(窓口に来られた方)

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

申請者(被保険者)との続柄 _____

記入の注意点

委 任 状

年 月 日

提出する年月日をご記入ください

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

私 (申請者) は、下記の者を代理人と定め、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	<input type="checkbox"/> 療養費	の	<input type="checkbox"/> 申請
	<input type="checkbox"/> 高額療養費		<input type="checkbox"/> 受領
	<input type="checkbox"/> 葬祭費		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

申請を本人に代わり行うのであれば「申請」に、振込先を本人ではなく、代理人の口座にする場合は「受領」に、申請も振込先も代理人の場合は両方に「✓」を入れてください。

に関する必要な権限の全てを委任します。(※該当する項目に)

〒

申請者 (被保険者)	住所	_____	_____
	氏名	_____	_____ (印)
	電話番号	_____	_____

被保険者様の住所・氏名・電話番号・被保険者番号をご記入ください。

葬祭費の申請の場合は、申請者 = 喪主様でご記入ください。(被保険者番号の記入は不要です。)

(後期高齢者医療被保険者番号 _____)

〒

代理人 (窓口に来られた方)	住所	_____	_____
	氏名	_____	_____ (印)
	電話番号	_____	_____

代理で申請書を記入・提出される方、給付金を受領する口座の名義の方の住所・氏名・電話番号・続柄をご記入ください。

申請者 (被保険者) との続柄 _____