

(給付関係)

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

☐ 療養費
☐ 高額療養費
☐ 葬祭費
☐ その他 ()

 の

☐ 申請
☐ 受領

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 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

(後期高齢者医療被保険者番号 _____)

〒

代理人 住所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

申請者との続柄 _____

※ 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。

記入の注意点

委任状

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

提出する年月日をご記入ください

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 ☐ 療養費
☐ 高額療養費
☐ 葬祭費
☐ その他 () の ☐ 申請
☐ 受領

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。

〒
申 請 者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____
(後期高齢者医療広域連合) 押印 (認印可) をお願いいたします。

〒
代 理 人 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____
申請者との続柄 _____
代理で申請書を記入・提出される方、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。
代理人の確認できる書類をご持参ください。
(運転免許書・健康保険証・マイナンバーカード等)

※ 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。