

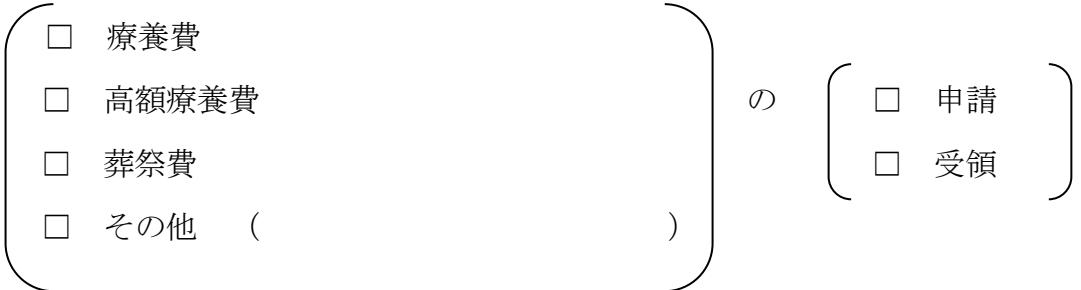
(給付関係)

# 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 \_\_\_\_\_ 

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。