

(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

<input type="checkbox"/> 療養費
<input type="checkbox"/> 高額療養費
<input type="checkbox"/> 葬祭費
<input type="checkbox"/> その他 ()

 の

<input type="checkbox"/> 申請
<input type="checkbox"/> 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。