

後期高齢者医療に関する委任状

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、次の者を代理人と定め、後期高齢者医療に関する下記の行為についての権限を委任します。

令和 年 月 日		
委任者 (申請者)	住所	
	氏名	Ⓜ
	生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
	被保険者との関係	本人・相続人(続柄:)・()

受任者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
	委任者との関係	
	連絡先電話番号	() -

記

行為内容	※該当するものに○をしてください。	
	1.	高額療養費の受領に関する事
	2.	療養費(標準負担額差額、移送費を含む)の受領に関する事
	3.	高額介護合算療養費の受領に関する事
	4.	その他()の申請に関する事
5.	その他()の受領に関する事	

※市町村使用欄

公簿 確認	確認 書類	運転免許証・パスポート・戸籍・ その他()	備考	被保険者番号: 被保険者氏名:
----------	----------	---------------------------	----	--------------------