

委任状

代理人（委任を受けた者）

住所	〒		
	電話番号 ()		
氏名		生年月日	年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる次の権限を委任します。

(該当するものに○をしてください)

1. 資格取得・喪失に関する一切の手続き
2. 被保険者証の受領
3. 給付に関する申請及び受領

① 高額療養費 ② 療養費 ③ その他 ()

④ 葬祭費 (被保険者氏名)

4. その他 ()

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者

住 所

氏 名

生年月日

電話番号 ()