

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	明治・大正・昭和・平成 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)

- 資格取得・喪失に関する一切の手続き
- 被保険者証の受領
- 給付に関する申請及び受領
 - 高額療養費
 - 療養費
 - その他 ()
 - 葬祭費 (被保険者氏名)
- その他 ()

平成 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

印

生年月日

電話番号

()