

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
	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

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

※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：
----------	--	----------	---------------------------	----	--------------------