

委任状

年 月 日

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

私(申請者)は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日 申請した、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

療 養 費
高額療養費
葬 祭 費
その他 ()

 の受領に関すること。

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞
(被保険者番号 _____)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____