

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）

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

高額療養費 療養費 高額医療・高額介護合算療養費

高額療養費特別支給金 その他 ()

葬祭費（被保険者氏名）

4. その他 ()

平成 年 月 日

市・町長 様
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 ()