

# 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( )) の受領に関する事。

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(被保険者番号 \_\_\_\_\_ )

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※振込先に代理人の口座を指定する場合は、公金受取口座を利用することはできません  
ので、申請書に口座情報を必ずご記入ください。