

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)

- 資格異動に関する一切の手続き
- 資格確認書（資格情報通知書）の交付申請（再交付申請）および受領
- 給付に関する申請および受領
 - 高額療養費
 - 療養費
 - その他 ()
- その他 ()

令和 年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様
米原市長 様

委任者

住 所

氏 名

Ⓜ

生年月日

電話番号

()