

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

(あて先) 松江市長

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 昭和・平成
	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

行為内容	※該当するものに○をしてください。	
	1. 高額療養費の受領に関する事	
	2. 療養費(標準負担額差額、移送費を含む)の受領に関する事	
	3. 高額介護合算療養費の受領に関する事	
	4. その他(資格確認書交付・障害認定・)の申請に関する事	
	5. その他(資格確認書・)の受領に関する事	
6. 保険料還付金の受領に関する事	7. 葬祭費の受領に関する事	

※市町村使用欄

公簿確認	確認書類	マイナンバーカード・運転免許証・旅券・戸籍・その他()	備考	被保険者番号: 被保険者氏名:
------	------	------------------------------	----	--------------------