

- ・振込口座の名義人が、該当する書類の申請者（届出者）と異なる場合は必ず記入してください。
- ・葬祭費支給申請については、振込口座の名義人が葬祭執行者と異なる場合に記入してください。

委 任 状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛て

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

※葬祭費支給申請及び誓約書を除き、被保険者が委任者となります。

次の者を代理人と定め、後期高齢者医療に関する以下の権限を委任します。
 （委任する項目にチェック☑をしてください。）

- | | | |
|---|--|---|
| { | <input type="checkbox"/> 高額療養費の受領
<input type="checkbox"/> 療養費の受領
<input type="checkbox"/> 食事・生活療養費差額の受領
<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費の受領
<input type="checkbox"/> 葬祭費の受領
<input type="checkbox"/> 保険料の還付
<input checked="" type="checkbox"/> その他（ 要配慮者申請 | } |
|---|--|---|

代理人（受任者） 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

- ・ 振込口座の名義人が、該当する書類の申請者（届出者）と異なる場合は必ず記入してください。
- ・ 葬祭費支給申請については、振込口座の名義人が葬祭執行者と異なる場合に記入してください。

記入例

委任状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛て

委任者 住所 長野市広域連合1番地

氏名 松本 太郎 印

電話番号 0263-12-3456

必ず押印をお願いいたします。

※葬祭費支給申請及び誓約書を除き、被保険者が委任者となります。

次の者を代理人と定め、後期高齢者医療に関する以下の権限を委任します。
（委任する項目にチェック☑をしてください。）

- 高額療養費の受領
- 療養費の受領
- 食事・生活療養費差額の受領
- 高額介護合算療養費の受領
- 葬祭費の受領
- 保険料の還付
- その他（ 要配慮者申請 ）

代理人（受任者） 住所 松本市丸の内3番7号

氏名 松本 花子

電話番号 0263-12-3456