

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	年 月 日
		委任者との関係	

*代理人の本人確認書類（顔写真付き）1点または、本人確認書類（顔写真なし）2点の提示が必要です。

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. 各種証の交付申請・受領
3. 給付に関する申請及び受領
 - ① 高額療養費 ② 療養費 ③その他（ ）
 - ④ 高額介護合算療養費
 - ⑤ 葬祭費（被保険者氏名）
4. その他（ ）

令和 年 月 日

栗東市長	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 ()