

# 委任状

年 月 日

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者 (委任者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 \_\_\_\_\_

下記の者を代理人(受任者)と定め、次の ( 申請(届出) ・ 受領 ) に関する権限を委任します。

<給付に関すること>

食事療養費差額       生活療養費差額       療養費       移送費

高額療養費       高額介護(医療)合算療養費       葬祭費

<資格に関すること>

資格取得・変更・喪失に関すること

被保険者証等の再交付に関すること

限度額適用・標準負担額減額認定に関すること

基準収入額適用申請に関すること

保険料の減免・還付等に関すること

その他 ( \_\_\_\_\_ )

代理人 (受任者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄: \_\_\_\_\_ )

連絡先 \_\_\_\_\_