

委任状

令和 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)
(委任者が自署する場合は押印不要)

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。

<給付に関する事>

- | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食事療養費差額 | <input type="checkbox"/> 生活療養費差額 | <input type="checkbox"/> 療養費 | <input type="checkbox"/> 移送費 |
| <input type="checkbox"/> 高額療養費 | <input type="checkbox"/> 高額介護(医療)合算療養費 | <input type="checkbox"/> 葬祭費 | |

<資格に関する事>

- 資格取得・変更・喪失に関する事
- 被保険者証等の再交付に関する事
- 限度額適用・標準負担額減額認定に関する事
- 基準収入額適用申請に関する事

- 保険料の減免・還付等に関する事
- その他 (_____)

代理人(受任者) 住所 _____

氏名 _____

(本人との続柄: _____)

連絡先 _____