

# 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 \_\_\_\_\_

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>

- |                                  |  |                              |                              |
|----------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| <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 \_\_\_\_\_