

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>

- | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| ☐ 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
 - ☐ 資格確認書等の再交付に関すること
 - ☐ 資格確認書の任意記載事項併記に関すること
 - ☐ 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 _____