

# 委任状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住 所 \_\_\_\_\_

申請者（委任者） 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療による

|   |            |   |               |
|---|------------|---|---------------|
| 〔 | 高額療養費      | 〕 | の支給について、下記の者を |
|   | 療養費        |   |               |
|   | 食事・生活療養費差額 |   |               |
|   | 高額介護合算療養費  |   |               |
|   | 葬祭費        |   |               |

代理人と定め、医療費の受領に関する権限を委任します。

代理人（受任者） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_