

# 委任状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者または届出者（委任者）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

※該当する書類の申請者または届出者（葬祭費・誓約書を除き被保険者）の住所氏名を記入します。

次の者を代理人と定め、令和元年台風第19号に伴う災害の被災者に係る医療保険の一部負担金等の還付申請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 \_\_\_\_\_

※振込口座の名義人の住所氏名を記入します。