

委任状

(宛先) 白井市長
千葉県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- 高額療養費 (申請・受領) に関する事
- 療養費 (申請・受領) に関する事
- 出産育児一時金 (申請・受領) に関する事
- 葬祭費 (申請・受領) に関する事
- 被保険者証に関する事
- 限度額適用 (標準負担額減額) 認定証に関する事
- 国民健康保険税・後期高齢者医療保険料の賦課額に関する事
- 国民健康保険税・後期高齢者医療保険料の納付に関する事
- 国民健康保険税・後期高齢者医療保険料の試算に関する事
- その他 () に関する事

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ (委任者との関係: _____)

電話番号 _____