

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
- ☐資格確認書・資格情報のお知らせに関する事
- ☐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 _____