

委任状

代理人（委任を受けた者）

住所	〒		
	電話番号（ ）		
氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる次の権限を委任します。
(該当するものに○をしてください)

1. 資格取得・喪失に関する一切の手続き
2. 資格確認書・資格情報のお知らせの交付（再交付）申請および受領
3. 限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付申請および受領
4. 給付に関する申請および受領
 - ① 高額療養費
 - ② 療養費
 - ③ 高額医療・高額介護合算療養費
 - ④ 高額療養費特別支給金
 - ⑤ 葬祭費（被保険者氏名）
 - ⑥ その他（ ）
5. 保険料に関する申請・申立および還付金受領
6. その他（ ）

令和 年 月 日

高島市長 様
滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者

住 所

氏 名

印

生年月日

電話番号

（ ）