**委　　任　　状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

私（申請者）は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

　　　　　　年　　月　　日　申請した、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて

　　　　　　　療　養　費

支給される　　高額療養費　　　　　　　　　　の受領に関すること。

葬　祭　費

　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　）

申請者　　住　　所

　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　（被保険者番号　　　　　　　　　　　　　　　）

代理人　　住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　電話番号