

※振込口座の名義人が、該当する書類の申請者（届出者）と異なる場合は記入して下さい。

## 委 任 状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

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、後期高齢者医療に関する以下の権限を委任します。  
（委任する項目にチェック☑をして下さい。）

- 高額療養費の受領
- 療養費の受領
- 食事・生活療養費差額の受領
- 高額介護合算療養費の受領
- 葬祭費の受領
- 保険料の還付
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

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。