

# 委任状

令和 年 月 日

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者 (委任者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
連絡先 \_\_\_\_\_

下記の者を代理人(受任者)と定め、次の (申請(届出) ・ 受領) に関する権限を委任します。

## <給付に関すること>

- 食事療養費差額       生活療養費差額       療養費       移送費  
 高額療養費       高額介護(医療)合算療養費       葬祭費

## <資格に関すること>

- 資格取得・変更・喪失に関すること  
 被保険者証等の再交付に関すること  
 限度額適用・標準負担額減額認定に関すること  
 基準収入額適用申請に関すること
- 保険料の減免・還付等に関すること  
 その他 ( )

代理人 (受任者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
(本人との続柄: )  
連絡先 \_\_\_\_\_