

# 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

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。

＜給付に関する事＞

- ☐ 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・喪失に関する事
- ☐ 資格確認書等の再交付に関する事
- ☐ 資格確認書の任意記載事項併記に関する事
- ☐ 基準収入額適用申請に関する事

- ☐ 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