

※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 宛

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。