



(裏面)

※葬祭費支給申請については、振込口座の名義人が葬祭執行者と異なる場合に記入してください。

## 委 任 状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛て

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

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☑をしてください。)

- 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等を記入してください