委　　任　　状

受付日　　年　　月　　日

広島県後期高齢者医療広域連合長　様

代理人（受任者）の住所・氏名

住所

氏名

私は，上記の者を代理人と定め，下記の後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第５６条）に係る次の権限を委任します。

※委任する医療給付費にチェック（☑）をしてください。

☐ 療養費（入院時食事・生活療養費差額，海外療養費，移送費含む）

☐ 特別療養費

☐ 高額療養費（外来年間合算含む）

☐ 高額介護合算療養費（高額介護合算療養費支給申請に必要な自己負担額証明書交付申請を含む）

☐ 葬祭費

※権限を委任する行為にチェック（☑）をしてください。

☐ 申請に関すること。

☐ 受領に関すること。

委任者（受給者）の住所・氏名　※葬祭費の場合は葬祭執行者が受給者となります。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

被保険者番号								