

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

委 任 状

委任をする方（被保険者本人・葬祭執行者）							提出日	平成	年	月	日
被保険者番号							生 年 月 日	明治			
フリガナ								大正	年	月	日
氏 名	Ⓜ							昭和			
住 所	〒 — 電話 — —										
委任する内容	(委任する事項を次の項目から選ぶか、具体的に記入してください。) 1. 療養費の代理受領 2. 特別療養費の代理受領 3. 入院時食事療養費（入院時生活療養費）差額の代理受領 4. 移送費の代理受領 5. 高額療養費の代理受領 6. 高額介護合算療養費の代理受領 7. 葬祭費の代理受領 8. その他（具体的に記入してください。） ()										

私は、下記の者を代理人と定め、長崎県後期高齢者医療に係る上記の権限を委任します。

委任される方（代理人）

フリガナ		本人との 関 係	
氏 名	Ⓜ		
住 所	〒 — 電話 — —		

※ 裏面の注意事項をお読みになり、記入漏れ等のないように作成してください。

※ 葬祭費の場合は、適宜読み替えてご記入ください。

「委任状」の記入等注意事項

1. 「委任をする方（被保険者本人）」欄については、委任状を記入した日付、ご本人の被保険者証の被保険者番号、氏名、生年月日、住所（電話番号を含む。）を記入してください。
2. 「委任をされる方（代理人）」欄については、ご本人が誰を代理人にするかを決め、その方の氏名、ご本人との関係、住所（電話番号を含む。）を記入してください。
また、委任する内容について、1～8の項目から選んで○（8を選んだ場合には、委任する内容をできる限り具体的に記入してください。）をつけてください。
3. 氏名及び㊟はご本人が必ず署名し、押印してください。
4. 委任状に不備がある場合、または代理人の本人確認ができない場合は、受付できないこともあります。