委　任　状

記入日：令和　　年　　月　　日

私は、下記の者を代理人と認め、後期高齢者医療保険の給付の受領に関する権限を委任する。
この委任状は私が申し出るまで継続するものとする。
※委任する項目の□にチェック及び、２については該当の給付内容を〇で囲んでください。

□　１．令和　　年　　月　　日　以降に振り込まれる高額療養費及び外来年間合算療養費

□　２．令和　　年　　月　　日　申請の
- 療養費
- 高額介護合算療養費
- 食事・療養費差額
- 葬祭費

【 委任者 】頼んだ方

氏　　名	
住　　所	宜野湾市
生年月日	大正 ・ 昭和　　年　　月　　日
電話番号	（　　）　　－

【 代理人 】給付を受領する方

氏　　名	
住　　所	
委任者との続柄	□ ケアマネージャー　□ 施設職員　□ その他（　　）
電話番号	（　　）　　－

※この委任状は（代理人欄も）すべて委任者が記入してください。