

委任状

令和 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

〒
住 所

委任者(申請者) 氏 名
(自署 または 記名押印)

連絡先

令和 年 月 日 申請の

後期高齢者医療による

療養費
食事・療養費差額
高額介護合算療養費
葬祭費
特別療養費

の支給について、下記の者を

代理人と定め、その受領に関する権限を委任します。

〒
代理人(受任者) 住 所

氏 名

連 絡 先

申請者との関係

委任することで、代理人名義の口座への振込となります。