

委任状

令和 年 月 日

(あて先) 善通寺市長
香川県後期高齢者医療広域連合長

私 (本人)

| | |
|---------|---|
| 住 所 | |
| 氏 名 | 印 |
| 生 年 月 日 | |

(委任事項)

私は、

| |
|---|
| 国民健康保険の <input type="checkbox"/> 被保険者証 (兼高齢受給者証) の再交付申請及び受領 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定・標準負担額減額認定等申請及び受領 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請 <input type="checkbox"/> 療養費支給申請 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 後期高齢者医療保険の <input type="checkbox"/> 保険証の再交付申請及び受領 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定申請及び受領 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請 <input type="checkbox"/> 療養費支給申請 <input type="checkbox"/> その他 () |

に関する権限について、下記の者を代理人として委任します。

代理人 (窓口に来る人)

| | |
|--------|--|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 本人との続柄 | |
| 連 絡 先 | |