

# 委任状

平成 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 ⑩

連絡先

平成 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 ⑩

連絡先

申請者との関係