

委任状

今日の日付

平成 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

窓口にお越しの方

〒

住所

委任者(申請者) 氏 名

印

連絡先

今日の日付

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

口座名義人

氏 名

印

連絡先

申請者との関係