

委任状

令和 年 月 日

宛先

北海道後期高齢者医療広域連合長

被保険者	保険者番号	3	9	0	1				
	被保険者番号								
	氏名								
委任者	住所								
	氏名								印
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 法定相続人等 <input type="checkbox"/> 葬祭執行者							

私は、下記の申請及び受領の権限を受任者に委任します。

- 葬祭費
- 葬祭費以外の給付費（高額療養費・療養費・高額介護合算療養費等）

受任者	住所								
	氏名								
	生年月日	明治・大正 昭和・平成		年		月		日	生
	電話番号	()							