

# 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 \_\_\_\_\_

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  
高額療養費

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 \_\_\_\_\_