

委任状

令和 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

市町村長 殿

住所 **南風原町字**

委任者（申請者）氏名

電話番号

令和 年 月 日申請の

後期高齢者医療による

療養費
高額療養費
食事・療養費差額
高額介護合算療養費
特別療養費
その他()

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。

(**南風原町字** ・ **その他**)

代理人（受任者）住 所

氏 名

申請者との関係

電話番号