

# 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

南風原町字

住所 その他

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。

代理人（受任者） 住所 同上  
南風原町字  
その他

氏名

申請者との関係

電話番号