

委任状 兼 同意書

令和 年 月 日

私は、下記の者に係る（本人の場合は、前述の「下記の者に係る」は省略する）高額療養費の受領を_____市・町・村 長に委任します。

また、高額療養費について、_____市・町・村 長から調査があった場合は、宮崎県後期高齢者医療広域連合が回答することについて同意します。

重度心身障害者医療
公費負担者番号 _____

重度心身障害者医療
受給者番号 _____

後期高齢者医療
被保険者番号 _____

後期高齢者医療
被保険者氏名 _____

【受任者】

_____市・町・村 長

【委任者（被保険者・法定代理人・相続人）】（○をつけてください。）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

被保険者との関係 _____

※法定代理人の場合は、法定代理人を証する書類を添付してください。

※委任・同意を代理人が行う場合は、委任状（任意）が必要となります。