

委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、高額介護合算療養費及び高額医療合算介護（予防）サービス費の申請、請求及び受領に関する一切の権限を委任する。

被保険者	住 所	
	氏 名	Ⓜ

代理人	住 所	
	氏 名	Ⓜ
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	電話番号	()

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様
大 津 市 長 様