

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿  
香川県後期高齢者医療広域連合会計管理者 殿

## 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、  
後期高齢者医療高額療養費  
" 高額介護合算 の  
" 葬祭費 など

申請  
 受領

に関する一切の権限を委任します。

委任事項を記入し、該当するものに  
チェック  をつけてください。

受任者（代理人）

〒 760 - 0066

住 所 高松市福岡町二丁目3番2号

委任をされる方の  
住所・氏名を  
記入してください。

氏 名 広域 太郎

年 月 日

委任者（被保険者）

〒 760 - 0066

住 所 高松市福岡町二丁目3番2号

委任をする方（被保険者）の  
住所・氏名を記入し、押印して  
ください。

※「葬祭費」の場合は葬祭を  
行った方になります。

氏 名 広域 連五郎



（自署、押印のこと）