

# 委 任 状

私は、後期高齢者医療  療養費  高額療養費  葬祭費  ( マイナ保険証の利用登録解除 ) の  支給  申請 にあたり

住所  氏名 を代理人と定め

利用登録解除に関する申請手続きを委任いたします。

## 記

振 込 先 金 融 機 関 名	
銀 行 本 店	口座番号 ( )
信 用 金 庫 支 店 普 通	口座名義人 (カナ)
農 協 出 張 所 当 座	( )

上記の代理人がマイナ保険証の利用登録解除の申請手続きを行うことを代理受領者と共に連署をもって申請いたします。

令和 年 月 日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所  
委 任 者  
氏 名

住 所  
代理申請者  
氏 名

受 任 者 (委任者との続柄 )