

振込先口座の名義人が、申請者と異なる場合に記入してください。

委任状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

申請者（委任者）住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先 _____

次の者を代理人と定め、令和元年台風第19号に伴う災害の被災者に係る医療保険の一部負担金等の還付申請に関する権限を委任します。

代理人（受任者）住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

※振込口座の名義人の住所氏名を記入します。