保険料納付のための医療給付費の受領委任状

年　　月　　日

岡山県後期高齢者医療広域連合長　様
市町村長　様

委任者（受給者）の住所・氏名

住所

氏名　　印

（生年月日　　）

連絡先

届出者の住所・氏名 ※代理人が届け出る場合ご記入下さい。

住所

氏名　　印

（被保険者からみた続柄：　　）

連絡先

被保険者番号								

被保険者氏名

☐ 高額療養費・療養費

私は、納付すべき後期高齢者医療保険料を滞納しているため、＿＿＿＿＿年度中に支給される高額療養費、療養費を受領する権限を＿＿＿＿＿市・町・村へ委任し、滞納額を限度額として後期高齢者医療保険料を納付することを承諾します。

滞納解消後は申請時の口座に支給してください。

☐ 葬祭費

私は、＿＿＿＿＿＿が納付すべき後期高齢者医療保険料を滞納しているため、葬祭費を受領する権限を＿＿＿＿＿市・町・村へ委任し、滞納額を限度として後期高齢者医療保険料を納付することを承諾します。

滞納解消後は申請時の口座に支給してください。

窓　口	（　　／　　）
郵　送	（　　／　　）
本人確認	個人番号カード・運転免許証 その他（　　）
届出人確認	個人番号カード・運転免許証 その他（　　）

市町村受付欄	広域連合受付欄