

委任欄	被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。		
	(あて先) 岐阜県後期高齢者医療広域連合長		
	私はこの療養費支給申請を下記の者に委任します。		
	委任する人（被保険者）	委任を受ける人	
	住 所	住 所	
	氏 名	氏 名	
		委任する人（被保険者）との関係	

	受付	入力	確認	福祉医療		番号	身元					広域連合受付印				市町村受付印								
市町村				有	無	個	個	免	障	保	介	診												
広域						通	他	()																
						なし	照会同意						拒否											
						届出者 () 確認者																		