

委任状

年 月 日

後期高齢者医療 被保険者番号								
高齢障害者医療費 受給者番号								
委任者 (被保険者等)	住所							
	氏名							
	電話番号	() -						
	被保険者等 との続柄	本人	生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日	

下記の者を受任者とし、

1. 後期高齢者医療関係書類送付先登録申請 に関する権限
2. 福祉医療関係書類送付先登録申請 に関する権限
3. その他 () に関する権限

を委任します。

受 任 者	住所							
	氏名							
	電話番号	() -						
	委任者 (被保険者等) との続柄		生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日	

市区町職員 記載欄	本人確認欄	確認書類欄	意思確認
	免(経)・マイ・パ・障・ 介・資格確認書 その他 ()		