

委任状

年 月 日

被保険者番号								
委任者	住所							
	氏名							
	電話番号	()	—					
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日			

下記の者を受任者とし、

1. 後期高齢者医療 療養費 の申請と受領に関する権限
2. 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	()	—					
	委任者との続柄		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	

※委任者 と 受任者 の本人確認書類の写しを添付してください。

<本人確認書類の例>

- ・運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等、官公署発行の顔写真付き証明書
- ・(後期高齢者医療被保険者の場合) 後期高齢者医療被保険者証

上記より1点ご用意ください。