

委 任 状

令和 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

ご本人
(委任をする方)

〒

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる次の権限を委任します。
(該当するものに○をしてください。)

①

資格に関する

① 限度額適用・標準負担額認定

② 特定疾病療養受療証交付

③

被保険者証等再交付

④ その他 ()

の申請・受領に関する権限を委任します。

2 給付に関する

① 療養費 ()

② その他 ()

の支給申請・受領に関する権限を委任します。

3 その他

代理人 (委任をされる方)

住所	〒	電話番号	—	—
氏名	本人との関係			