

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)

〒 020-8530

住所 盛岡市内丸 12 番 2

氏名 岩手 太郎

電話番号 019-613-8439

生年月日 昭和 30 年 5 月 20 日

被保険者番号

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

本人(被保険者)の情報

で記入・押印して下さい。

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(来庁者)の情報

で記入して下さい。

代理人(委任をされる方)

住所	〒 020-8530 盛岡市大通 5 丁目 3-1	電話番号	080-1111-1111
氏名	盛岡 一郎	本人との関係	長男