

委 任 状

令和〇年 〇月 〇日

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 盛岡市内丸〇番〇号

氏 名 盛岡 花子

印

電話番号 000 - 0000 - 0000

生年月日 明治・大正・昭和 12年 3月 4日

被保険者番号

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

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。  
(該当するものに〇をしてください。)

1 資格に関する

① 資格確認書等（再）交付

② 特定疾病療養受療証交付

③ 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	〒 020-8530 盛岡市内丸×番×号	電話番号	111-1111-1111
氏 名	盛岡 太郎	本人との 関 係	長男