

委任状

代理人

住 所

氏 名

被保険者との続柄

電話番号

私は、上記の者を代理人として後期高齢者医療に関する下記の手続を委任します。

- 資格の取得または喪失の届出
- 被保険者証の再交付申請
- 限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付（再交付）申請
- 給付の申請
 - （ 療養費 高額療養費 葬祭費 ）
- 給付の受取
- 保険料の納付相談及び分納誓約
- その他

委任者（被保険者）

住 所

氏 名

㊞

生年月日

M・T・S

年

月

日

電話番号

委任状作成日

年

月

日

※代理人の本人確認書類の写しを添付してください。

※委任内容が空欄になっているものや、本人の記名・捺印がないものは受理できませんので、ご注意下さい。