

## 委任状

代理人

住 所

---

氏 名 \_\_\_\_\_ 被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

上記の者に後期高齢者医療特定疾病療養受療証の申請・受取を委任します。

委任者（被保険者）

住 所

---

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日      M・T・S      年      月      日

---

電話番号 \_\_\_\_\_

※代理人の本人確認書類の写しを添付してください。