

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

委任状

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 宛て

代理人 住所：_____

氏名：_____

生年月日：_____年_____月_____日

電話番号：_____

被保険者との続柄：_____

上記の者を代理人として定め、下記の事項に関する権限を委任します。

委任事項 ※委任する権限に○をしてください。

1. 後期高齢者医療被保険者証等の再交付申請および受領に関すること。
2. 後期高齢者医療限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の申請および受領に関すること。
3. 後期高齢者医療特定疾病療養受療証の申請および受領に関すること。
4. _____

令和 _____年_____月_____日

委任者（被保険者） 住所：_____

氏名：_____

生年月日：_____年_____月_____日

電話番号：_____