

被保険者証番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--

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、以下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. 後期高齢者医療資格確認書等の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認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付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及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：_____

記入例

被保険者証番号

1

2

3

4

5

6

7

8

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： さいたま市浦和区北浦和5-6-5

氏名： 広域 花子

生年月日： 昭和45 年 5 月 1 日

電話番号： 090-1234-5678

被保険者との続柄： 長女

上記の者を代理人として定め、以下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. ☒ 後期高齢者医療資格確認書等の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認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証
の交付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及び受領に関すること。

4. _____

令和 6 年 12 月 2 日

委任者（被保険者） 住所： 行田市本丸2-5

氏名： 行田 太郎

生年月日： 昭和20 年 1 月 1 日

電話番号： 048-556-1111