

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、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： _____

