

※委任状はすべて委任者（頼む人）が署名または記名・押印してください。
(スタンプ印不可)

委 任 状

令和 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

被保険者 (委任者)	住 所	会津若松市
	氏 名	Ⓜ

私は、_____のために自分で行くことが
できないので、下記の者を代理人と定めて、次の事項を委任します。

代理人 (受任者)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	電話番号	

【委任事項】

1 次の該当番号を○で囲んだ届出・申請に関すること。

- | |
|--|
| 1 後期高齢者医療資格取得
2 後期高齢者医療被保険者証再交付等の申請
3 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定の申請
4 後期高齢者医療特定疾病認定の申請
5 後期高齢者医療高額療養費の支給申請 |
|--|

2 次の該当番号を○で囲んだ証の受領に関すること。

- | |
|---|
| 1 後期高齢者医療被保険者証
2 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
3 後期高齢者医療特定疾病療養受領証 |
|---|

3 その他

--

※職員使用欄 □自署の確認