# 委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

ご　本　人
（委任をする方）

〒　　－

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿

生年月日　明治・大正・昭和　　年　　月　　日

被保険者番号

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる次の権限を委任します。
（該当するものに〇をしてください。）

1　資格に関する
　①　限度額適用・標準負担額認定　　②　特定疾病療養受療証交付
　③　被保険者証等再交付　　④　その他（　　）
　の　申請　・　受領　に関する権限を委任します。

2　給付に関する
　①　療養費（　　）
　②　その他（　　）
　の　支給申請　・　受領　に関する権限を委任します。

3　その他

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（委任をされる方）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 住　所 | 〒　　－　　電話番号　　－　　－ | | |
| 氏　名 | | 本人との関　係 | |