平成　　年　　月　　日

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

委 任 状

◎　委任する方

氏名(被保険者)	㊞
被保険者番号	
住所(住民登録地)	〒(　　－　　)
電 話 番 号	(　　)－(　　)－(　　)

下記の者に私に係る医療費のお知らせの請求及び受領を委任します。

記

◎　委任される方

氏　　名	
委任する方との続柄	
住所(住民登録地)	〒(　　－　　)
電 話 番 号	(　　)－(　　)－(　　)