

委任状

後期高齢者医療制度

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に基づき、以下の申請における個人番号の提供についても委任します。

●委任される項目にチェックを入れてください。

☐ 後期高齢者医療制度 加入・資格喪失申請手続き

☐

| | | | |
|---|-----------------|---|--------------------|
| { | ・資格確認書 | } | の交付（再交付） 申請及び受領 |
| | ・任意記載事項（区分記載など） | | |
| | ・特定疾病療養受療証 | | |

☐

| | | | |
|---|------------------------------|---|---------|
| { | ・高額療養費 | } | の申請及び受領 |
| | ・高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費 | | |
| | ・療養費支給 | | |
| | ・食事療養差額支給費 | | |

☐ 基準収入適用申請手続き

☐ 第三者行為にかかる申請

☐ その他（ ）

記

令和 年 月 日

委任者
(申請者)

| | | |
|---|------|-------------|
| { | 住 所 | _____ |
| | 氏 名 | _____ |
| | 生年月日 | M・T・S 年 月 日 |

受任者
(代理人)

| | | |
|---|---------|---------------|
| { | 住 所 | _____ |
| | 氏 名 | _____ |
| | 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 |
| | 委任者との関係 | _____ |
| | 電話番号 | _____ |

委任者氏名については、自署又は記名押印をお願いいたします。

（羽村市用）