

# 委任状

年 月 日

被保険者番号									
委任者 (被保険者)	住 所								
	氏 名 ※本欄は自署すること								
	電 話 番 号	( ) -							
	被保険者との続柄	本人	生年月日	明・大	年	月	昭・平	日	

下記の者を受任者とし、

1. 後期高齢者医療特定疾病認定申請 に関する権限
2. その他 ( ) に関する権限

を委任します。

受任者	住 所								
	氏 名								
	電 話 番 号	( ) -							
	被保険者との続柄		生年 月日	明・大	年	月	昭・平	日	

市区町職員 記載欄	本人確認欄	確認書類欄	意思確認
	免(経)・マイ・パ・障・ 保・介・資格・その他 ( )		