

# 委任状

令和 年 月 日

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ☐ 後期高齢者医療資格確認書の申請及び受領に関する事
- ☐ 後期高齢者医療長期入院日数届書の申請に関する事
- ☐ 特定疾病療養受領証の申請及び受領に関する事
- ☐ 後期高齢者医療資格確認書等再交付の申請に関する事
- ☐ 後期高齢者医療マイナ保険証の利用登録解除に関する事
- ☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）に関する事

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
(被保険者番号 \_\_\_\_\_ )

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 \_\_\_\_\_

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様