

委任状

代理人 (受任者) 住所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
電話番号 _____
委任者との関係 _____

私（委任者）は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

【委任事項】（委任する権限にチェック☑を入れてください。）

- ☐ 資格確認書に係る申請及び受領に関する権限
☐ 限度額適用（・標準負担額減額）認定に係る申請及び受領に関する権限
☐ 特定疾病に係る申請及び受療証の受領に関する権限
☐ 療養費の申請に関する権限
☐ 重度心身障がい者医療費の手続き及び受給者証の受領に関する権限
☐ その他（ _____ ）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者 住所 _____
氏 名 _____ 印 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長
日 高 市 長 あて

（注意事項）

- ・委任状は 必ず委任者本人がご記入ください。