

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛
調布市長 宛

私は次の者

住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

を代理人（受任者）と定め、後期高齢者医療に係る下記の権限を委任します。

記

- 後期高齢者医療再交付（ 申請・受領 ） に関する事
- 資格確認書・任意記載事項併記（ 申請・受領 ） に関する事
- 長期入院該当申請 に関する事
- 特定疾病認定に係る（ 申請・受領 ） に関する事
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請 に関する事
- 調布市後期高齢者医療葬祭費（ 申請・受領 ） に関する事
（被保険者番号： _____ 氏名： _____ ）
- その他（ _____ ）

※該当のものに☑を入れてください

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____ ⑩

連絡先電話番号 _____

※代理人の方は必ず身分確認できるもの（運転免許証やマイナンバーカード等）が必要になります。