

委 任 状

私は下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療に係る次の権限を委任します。

年 月 日

- ☐資格確認書等の再交付（☐申請 ☐受領）
- ☐資格確認書等の交付申請（☐申請 ☐受領）
- ☐補装具など療養費の支給（☐申請 ☐受領）
- ☐葬祭費の支給（☐申請 ☐受領）
- ☐保険料の納付に関する一切の権限
（ 年度 期～ 年度 期の未納が解消されるまで）
※期別を指定する場合は（ ）内もご記入ください。
- ☐その他（ ）

委 任 者（被保険者）※葬祭費の場合は、葬祭を行った者

住 所

氏 名



電話番号

受 任 者（代理人）

住 所

氏 名

続柄

電話番号

（日中連絡の取れる番号をご記入ください）

委任状

記入見本

私は下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療に係る次の権限を委任します。

○年 ○月 ○日

☐資格確認書等の再交付（☐申請 ☐受領）

☐資格確認書等の交付申請（☐申請 ☐受領）

☐補装具など療養費の支給（☐申請 ☒受領）

☐葬祭費の支給（☐申請 ☐受領）

☒保険料の納付に関する一切の権限

（R2年度1期 ～ R2年度3期の未納が解消されるまで）

※期別を指定する場合は（ ）内もご記入ください。

☐その他（ ）

該当するものに
チェックを入れてください。

委任者（被保険者）※葬祭費の場合は、葬祭を行った者

住所 武蔵野市○町○-○-○

氏名 広域 太郎

広域

電話番号 0422-○○-××××

必ず押印をお願いいたします。

受任者（代理人）

住所 武蔵野市△町△-△-△

氏名 広域 花子

電話番号 090-△△△△-××××

（日中連絡の取れる番号をご記入ください）