委　任　状

武蔵野市長　殿

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

□資格の取得・喪失の届出
□住所地特例に関する届出
□基準収入額適用申請
□被保険者証等の再交付（□申請　□受領）
□限度額適用・標準負担額減額認定（□申請　□受領）
□限度額適用認定（□申請　□受領）
□特定疾病認定（□申請　□受領）
□補装具など療養費の支給（□申請　□受領）
□その他（　　）

委　任　者（被保険者）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受　任　者（代理人）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入見本

委　任　状

武蔵野市長　殿

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。

ご記入日

YY 年 MM 月 DD 日

□資格の取得・喪失の届出

□住所地特例に関する届出

□基準収入額適用申請

☑被保険者証等の再交付（☑申請　☑受領）

□限度額適用・標準負担額減額認定（□申請　□受領）

□限度額適用認定（□申請　□受領）

□特定疾病認定（□申請　□受領）

□補装具など療養費の支給（□申請　□受領）

□その他（　　）

該当する「申請・届出・受領」へチェックマークを記入ください。

委　任　者（被保険者）

住　所　武蔵野市〇町△－△－△

氏　名　保険課　太郎　印

電話番号　0422－××－□□□□

必ず押印してください（認印で可。ただし、朱肉を使用するものに限ります）。サインやスタンプ印は不可です。

受　任　者（代理人）

住　所　武蔵野市〇町△－△－△

氏　名　保険課　花子

電話番号　0422－××－〇〇〇〇