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			
~	,	-	(MANA) MINO MINO MANAGER			
住	所					
氏	名		(EI)			
電話番号						
受	任	者	(代理人)			
住	所					
	//1					
氏	名					
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■						
			 (日中連絡の取れる番号をご記入ください)			
			、ロ I XE/PU シガスタンの HI コ で いロノ、、 ハ に じ ヾ ´ /			

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。

□資格確	「認書等の再交付(□申請 □受領)	=t			
□資格確	初事体の六八山建 /□山建 □瓜佑	該当するものに チェックを入れてください。			
□補装具など療養費の支給(□申請 □文領)					
□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 ()					
		,			
圣 	(钟心及长) 》带颜曲不且人过 带颜之	≔ ♪ - ₩			
安 仕 有	(被保険者)※葬祭費の場合は、葬祭を行	ずった 有			
住 所	武蔵野市○町○−○−○				
氏 名	広域 太郎 (広域				
電話番号	0 4 2 2 - OO - × × × ×	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	0 9 0 - \(\triangle \triangle - \triangle \triangle \triangle - \triangle \triangle \triangle - \triangle \triangle \triangle \triangle - \triang				
	(日中連絡の取れる番号をご記入ください)				