

委任状

後期高齢者医療制度における手続きについて、下記のとおりいたします。

記

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------|---|-------|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 委任者 | 被保険者番号 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 | (| |) | — | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 印 | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|------|------|------|-------|-------|---|
| 委任事項 | 資格申請 | 給付申請 | 還付金受領 | 給付金受領 | |
| | (| | | |) |

| | | | | | | | | |
|-----|----|-------|-------|----|----|-------|-------|---|
| 受任者 | 住所 | | | | | | | |
| | 電話 | (| |) | — | | | |
| | 続柄 | 配偶者 | 子 | 親族 | 知人 | (| |) |
| | 氏名 | | | | 印 | | | |

記入例

委任状

後期高齢者医療制度における手続きについて、下記のとおり委任いたします。

記

令和00年00月00日

| | | | | | | | | | |
|-----|--------|------------------|---|---|---|---|---|-----|---|
| 委任者 | 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 住所 | 福岡市博多区千代4丁目1番27号 | | | | | | | |
| | 電話 | (0000) 000-0000 | | | | | | | |
| | 氏名 | 福岡 秀二郎 | | | | | | (印) | |

| | | | | |
|------|------|------|-------|-------|
| 委任事項 | 資格申請 | 給付申請 | 還付金受領 | 給付金受領 |
| | (| | |) |

| | | | | | | | | | |
|-----|----|------------------|---|----|----|-----|--|-----|--|
| 受任者 | 住所 | 福岡市博多区千代4丁目1番27号 | | | | | | | |
| | 電話 | (0000) 000-0000 | | | | | | | |
| | 続柄 | 配偶者 | 子 | 親族 | 知人 | () | | | |
| | 氏名 | 福岡 花子 | | | | | | (印) | |

※異なる印鑑を使用してください。