

# 委任状

平成 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者 (委任者)	住 所	
	氏 名	印

私は、下記の者を代理人とし、次の事項を委任します。

(代理者の免許証などの身元確認書類を添付してください。)

代理人 (受任者)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	電話番号	
	委任者との関係	

## 【委任事項】

- 1 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書の提出に関すること。
- 2 次の該当番号を○で囲んだ証の受領に関すること。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1 後期高齢者医療被保険者証</li><li>2 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証</li><li>3 後期高齢者医療特定疾病療養受療証</li><li>4 後期高齢者医療限度額適用認定証</li></ol> |
|---|

- 3 \_\_\_\_\_ に関する届出・申請に関すること。
- 4 後期高齢者医療制度に係る通知書等送付先変更届出に関すること。