

委任状

令和 年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

下記の者に、委任項目の権限を委任します。

受任者住所	
受任者氏名	
受任者生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
受任者電話番号	()

●委任項目

- 葬祭費受領に関する一切の権限 資格異動届に関する一切の権限
- 療養費受領に関する一切の権限 証 再交付申請に関する一切の権限
- 高額療養費受領に関する一切の権限 被保険者証
- 個人番号提示等に関する一切の権限 特定疾病療養受療証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- その他 ()
- 限度額適用・標準負担額減額認定申請に関する一切の権限

※注意事項

- ・委任者（頼んだ人）の名前は、必ず本人が自筆で書いてください。
- ・窓口では、受任者の本人確認を行いますので、本人確認ができる書類（身分証明等）をご持参ください。