

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

- ☐ 資格異動届に関する一切の権限 ☐ 送付先変更に関する一切の権限
- ☐ 資格確認書の交付に関する一切の権限 ☐ 再交付申請に関する一切の権限
- ☐ 資格確認書の新規交付 ☐ 資格確認書
- ☐ 任意記載事項の併記 ☐ 特定疾病療養受療証
- ☐ その他 ()

※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。