

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

委 任 状

該当する委任項目にチェック☑のうえ、委任内容にマル○をつけてください。

☐ 給付に係る申請・受領の委任

後期高齢者医療(療養費・入院時食事療養費、入院時生活療養費の
差額・高額療養費・高額介護合算療養費・その他給付金)に
ついて、下記の者に(申請・受領)に関する一切の権限を委任します。

☐ その他の後期高齢者医療制度に係る届出・申請等の委任

上記以外の後期高齢者医療制度の()
について、下記の者に(届出・申請)に関する一切の権限を委任します。

記

【委任者(被保険者)】

住所

氏名

※本人が自署してください。

電話番号

※委任に関する意向に関して、確認のためお電話等させていただくことがあります。

【受任者】

住所

氏名

委任者(被保険者)との続柄

電話番号

※ 受任者の本人確認ができる書類(身分証など)が必要です。

(注意事項)

委任状は必ず委任者本人がお書きください。ただし、特別の事情がある場合は、
代筆も可とします。