

委任状

年 月 日

【代理人】

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

私は、上記の者を代理人として後期高齢者医療における下記の事項を委任します。

記

【委任事項】

- 被保険者証受領 再交付申請 限度額適用・標準負担額減額認定申請
- 限度額適用認定申請 特定疾病認定申請 基準収入額適用申請
- 障害認定申請 納付額証明書交付申請 収納額確認票交付申請
- 特定一般用医薬品等購入費を支払った場合の所得控除に関する証明依頼

【委任者】

住 所： _____

氏 名： _____ 印

【記入上の注意】

- ・シャチハタ等のスタンプ印はお使いいただけません。
- ・記入にあたりましては、委任者の自署でお願いいたします。
- ・記入の誤りがあった場合は、二重線を引き、委任者の印鑑で訂正してください。