

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

郵便番号

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	大・昭・平・令 年 月 日
受任者電話番号	()

【委任項目】

- 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
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、委任者の本人確認を行いますので、本人確認できる書類（身分証明等）をご持参ください。