

## 委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 委任者との関係 \_\_\_\_\_

を代理人（受任者）と定め、下記の権限を委任します。

### 記

- ☐ 後期高齢者医療資格確認書等の再交付申請に関する事
- ☐ 後期高齢者医療の自己負担限度額の適用区分に関する事
- ☐ 後期高齢者医療の特定疾病認定申請に関する事
- ☐ 後期高齢者医療給付申請および受領に関する事
- ☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）に関する事

年 月 日

委任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※代理人の方の本人確認が必要となりますので、下記の書類を持参下さい。

|        |                                                             |
|--------|-------------------------------------------------------------|
| 本人確認書類 | 1 点確認書類（公的機関が発行した写真付きのもの）<br>運転免許証、旅券、個人番号カード、在留カード、障害者手帳など |
|        | 2 点確認書類（公的機関が発行した写真がないのもの）<br>介護保険の被保険者証、年金手帳など             |