

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

☐ 後期高齢者医療再交付申請

☐ 後期高齢者医療の特定疾病認定申請

☐ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請

☐ その他（ _____ ）の申請

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

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） 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） 介護保険の被保険者証、年金手帳など