

委任状

年 月 日

被保険者番号									
委任者	住 所								
	氏 名								
	電話番号	() —							
	被保険者との続柄					生年 月 日	年 月 日		

下記の者を受任者とし、療養費の(申請・受領)に関する権限を委任します。

受任者	住 所							
	氏 名							
	電話番号	() —						
	委任者との続柄					生年 月 日	年 月 日	

市区町職員 記入欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> ()		

兵庫県後期高齢者医療広域連合