

## 委任状

年 月 日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

私は、下記 の者を代理人に選任し、次の行為の権限を委任します。

※委任する権限にをしてください。

- 後期高齢者医療被保険者証申請・受領
- 限度額適用・標準負担額減額認定証申請・受領
- 限度額適用認定証申請・受領
- 特定疾病療養認定証申請・受領
- 障害認定申請
- その他 ( )

被保険者 住所

氏名

印

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

代理人 住所

氏名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

被保険者との続柄