

## 委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 様  
清瀬市長 様

被保険者（委任者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

被保険者番号（ \_\_\_\_\_ ）

上記被保険者に係る後期高齢者医療制度に関する申請、請求及び受領を行う者として、  
下記の者に権限を委任します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受任者（代理人）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_