

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿
清瀬市長 殿

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 _____

※ 委任状は全て被保険者（委任者）が記入してください。

※ 窓口にお越しの場合、受任者（代理人）の方の本人確認をさせていただきます。