

# 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。

1点確認書類	運転免許証、旅券、個人番号カード、障害者手帳等顔写真付きのもの
2点確認書類	保険証、年金手帳、その他官公署から届いた書類