

委 任 状

令和8年6月20日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

ご本人  
(委任をする方)

〒 022 - 0003

住 所 大船渡市盛町字宇津野沢15番地

氏 名 後期 太郎

電話番号 0192 - 27 - 0000

生年月日 明治・大正 昭和 18 年 8 月 8 日

被保険者番号

0 8 1 8 2 8 3 8

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる次の権限を委任します。  
(該当するものに○をしてください。)

1 資格に関する

① 資格確認書等（再）交付 ② 特定疾病療養受療証交付

③ その他（ 資格確認書の交付 ）

の 申請 ・ 受領 に関する権限を委任します。

2 給付に関する

① 療養費（ ）

② その他（ ）

の 支給申請 ・ 受領 に関する権限を委任します。

3 その他

代理人（委任をされる方）

住 所	〒 022 - 0003 大船渡市盛町字内ノ目4番地1	電話番号	090 - 1234 - 5678
氏 名	後期 花子	本人との 関 係	子