

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

## 委 任 状

該当する委任項目にチェック☑のうえ、委任内容にマル○をつけてください。

給付に係る申請・受領の委任

後期高齢者医療（療養費 ・ 入院時食事療養費、入院時生活療養費の差額 ・ 高額療養費 ・ 高額介護合算療養費 ・ その他給付金）について、下記の者に（申請 ・ 受領）に関する一切の権限を委任します。

その他の後期高齢者医療制度に係る届出・申請等の委任

上記以外の後期高齢者医療制度の（ ）について、下記の者に（届出 ・ 申請）に関する一切の権限を委任します。

### 記

【委任者（被保険者）】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※本人が自署してください。

電話番号 \_\_\_\_\_

※委任に関する意向に関して、確認のためお電話等させていただくことがあります。

【受任者】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

委任者（被保険者）との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 受任者の本人確認ができる書類（身分証など）が必要です。

(注意事項)

委任状は必ず委任者本人がお書きください。ただし、特別の事情がある場合は、代筆も可とします。