

# 委任状

代理人（受任者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者（被保険者）との続柄 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、下記の申請について委任します。

申請内容：被保険者証の再交付・受領

限度額適用・標準負担額減額認定証の申請

特定疾病療養受療証の申請

その他 \_\_\_\_\_

（該当する項目を丸で囲んでください。

その他を選択した場合は内容をご記入ください。）

年 月 日

委任者（被保険者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

（注意事項）委任状は、必ず委任者ご本人がご記入ください。