

(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】

住 所 _____

氏 名 _____

⑩

電話番号 _____

【受任者】

住 所 _____

氏 名 _____

⑩ 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）の写しを添付してください。

(注意事項)

委任状は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。