委　　任　　状

年　　月　　日

山梨県後期高齢者医療広域連合長　様

委任者

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の者に、委任項目の権限を委任します。

受任者住所	
受任者氏名	
受任者生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日
受任者電話番号	（　　）

●委任項目

□　葬祭費受領に関する一切の権限

□　療養費受領に関する一切の権限

□　高額療養費受領に関する一切の権限

□　その他（　　）

※注意事項

・委任者（頼んだ人）の名前は、必ず本人が自筆で書いてください。

・窓口では、受任者の本人確認を行いますので、本人確認ができる書類（身分証明等）をご持参ください。