委　任　状

年　　月　　日

東京都後期高齢者医療広域連合長　殿

国分寺市長　殿

委任される方（代理人）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**委任する方との続柄**＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**電話番号**＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

※委任する権限にチェック（ ☑）をいれてください。

□高額療養費（外来年間合算含む）

□療養費（入院時食事・生活療養費差額、海外療養費、移送費含む）

□葬祭費

□その他（　　）

※権限を委任する行為にチェック（ ☑）をしてください。

□申請に関すること

□受領に関すること

委任する方

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　**電話番号**＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

被保険者番号（委任者が被保険者の場合のみ記入）