

委 任 状

作成日： 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長
大阪府枚方市長

住 所 _____

委任者（被保険者）氏 名 _____ ⑩

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

私は、次の後期高齢者医療に関する手続きについて、下記の者を代理人と定め、届け出及び受領に関する権限を委任します。

<委任するものの数字に○印>

- 1 被保険者証の再交付について
- 2 障害認定申請及び資格取得(変更・喪失)届について
- 3 郵便局から枚方市へ返戻された被保険者証の受領
- 4 (_____)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

委任者からみた続柄 _____

電話番号 _____

●代理人の公的機関発行の身分証明の提示をお願いします。

●代理人の身分証明はコピーをとり、申請書に添付させていただきます。