委　　任　　状

東京都後期高齢者医療広域連合長　宛

私は次の者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者との関係

を代理人（受任者）と定め、　　　　　　　　に関する下記の権限を委任します。

（療養費、食事療養差額、移送費等の別）

記

1. ～③のいずれか一つを丸で囲んでください。）

①申請に関すること。

（マイナンバーの提供を含む）

②受領に関すること。

③申請及び受領に関すること。

（マイナンバーの提供を含む）

年　　月　　日

委任者

住所

氏名

連絡先電話番号

以上