

**ご本人以外の方が申請または受領する場合のみ
記入押印してください。**

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

こちら欄には、申請または受領される方のご住所およびお名前をお書きください。

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、療養費・移送費に関する下記の権限を委任します。

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。
- 2 受領に関すること。
- 3 申請及び受領に関すること。

年 月 日

**委任者欄には、被保険者ご本人のご住所
およびお名前をお書きのうえ、押印して
ください。**

委任者
住所 _____

氏名 _____ (印)

連絡先電話番号 _____

以上