

# 委任状

※必ず委任する方がすべて記入ください

代理人住所			
代理人氏名		続柄	
代理人生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日
代理人電話番号			

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

(委任する項目にチェックを入れ、高額療養費の項目は委任期間を記入してください。)

- 後期高齢者医療制度の各種証明書取得に関する一切の権限
- 沖縄市後期高齢者医療はり、きゅう、あん摩マッサージ指圧施術利用券交付申請及び受領に関する権限
- 下記証明書の交付申請及び受領における一切の権限
  - 1, 後期高齢者医療被保険者証 2, 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
  - 3, 後期高齢者医療限度額適用認定証 4, 後期高齢者医療特定疾病療養受療証
- 給付費の受領に関する権限
  - 療養費  食事・療養費差額  高額介護合算療養費  葬祭費
  - 特別療養費  その他 (\_\_\_\_\_)
  - 高額療養費 (委任期間: 令和 年 月 日以降)
- ※高額療養費の受領に関することの委任は、委任者が申し出るまで継続するものとする。
- その他 (\_\_\_\_\_ ) に関する権限

令和 年 月 日

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

※代理人の方へ

代理人の方は本人確認書類 (運転免許証など) ・印鑑 (スタンプ印は除く) をご持参ください。  
窓口にて申請・交付時に本人確認を行います。