



**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 \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

以上