委　任　状

令和　　年　　月　　日

福島県後期高齢者医療広域連合長

〒　　－

委任者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

私（申請者）は、後期高齢者医療一部負担金還付申請書（様式第６号）に基づく還付に関する受領を下記代理人に委任します。

氏　　名		性別	男　・　女
住　　所			

受付時使用欄　※本欄は受付窓口の市町村職員が記載します。	**市町村担当者印**
委任者の被保険者との関係 ☐ 同居親族　☐ 別居親族　☐ その他（　　） 資格確認方法 ☐ 公簿等による確認（住民基本台帳、戸籍謄本等） ☐ その他（　　）	