

委任状

令和 年 月 日

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

委任者	保険者番号	3	9	0	1				
	被保険者番号								
	住所	(〒 -)							
	氏名	◎							

私は、下記の者を代理人と定め、北海道後期高齢者医療広域連合より支給される後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の申請、請求及び受領に関する一切の権限を、下記の受任者に委任します。

受任者	住所	(〒 -)							
	氏名	◎							
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日	生			
	電話番号	()							