

委任状

令和 年 月 日

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

亡くなられた人の氏名									
亡くなられた人の被保険者番号									

委任者 (葬祭執行者)	保険者番号※	3	9	0	1				
	被保険者番号※								
	住所 (〒 -)								
	氏名								印

※「保険者番号」「被保険者番号」は、後期高齢者医療制度の被保険者の方のみ記載してください。

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療葬祭費（高齢者の医療の確保に関する法律第86条第1項）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								印
	生年月日	昭和・大正 昭和・平成	年	月	日	生			
	電話番号	()							

※この委任状は葬祭費申請書に添付してください。