

# 委任状

令和 年 月 日

委任者	被保険者	住所				
		氏名	※	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	
		☎ ( ) -				

※本人の署名又は記名・押印が必要です。

下記の者に、つぎの手続き等を委任します。

- 後期高齢者医療資格確認書等の受領
- 後期高齢者医療資格確認書等の交付申請・再交付等にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療任意記載事項併記申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療特定疾病認定申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療保険料免除申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療送付先変更等にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療障害認定申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療に関する個人番号カードの健康保険証利用登録解除にかかる手続きについて
- 

(窓口に見える方)

受任者	住所				
	氏名	☎ ( ) -	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成	
	委任者との関係	親族(続柄 )・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネージャー・その他( )			

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他( )
	健康保険被保険者証・健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・診察券・その他( )