

委任状

年 月 日

委任者	住所				
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日

下記の者に、つぎの手続き等を委任します。

【委任事項】（該当するものに☑、もしくは追加記入）

- ☐ 後期高齢者医療保険証の受領
- ☐ 後期高齢者医療保険証等の再交付等にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定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
- ☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除手続きについて

受任者	住所				
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	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・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・その他（ ）