**委　　　　任　　　　状**

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様

令和　　年　　月　　日

【 委　任　者 】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住　　所 |  | |
| 氏　　名 | ※被保険者本人の署名又は記名 | |
| （代筆者氏名） | （代筆理由） |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者  本人確認  書類 | １点  提示 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２点  提示 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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
* 後期高齢者医療限度額適用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

【 受　任　者 】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | □　委任者（被保険者）と同じ | | |
| 氏名 | ※受任者本人の署名又は記名 | 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（　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受任者  本人確認  書類 | １点  提示 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２点  提示 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |