

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・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
-

【受任者】

住所	<input type="checkbox"/> 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・その他()