

委任状

令和 年 月 日

委任者	住所			
	氏名	本人の署名が必要です	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

下記の者に、次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）

① 手続きの種類

国民健康保険 後期高齢者医療保険 その他（ ）

② 手続き内容

資格（取得・喪失等）の届出 保険証の受領
 保険証等の再交付等 限度額適用・標準負担額認定申請
 特定疾病認定申請 保険税（保険料）減免および軽減申請
 送付先変更等 その他（ ）

委任者（被保険者）が自署不可能なため、上記内容を代理人が代筆する場合は下記を記入してください。
委任者は、（代筆の理由）
「 」
のため文字が書けないので、代筆しました。この委任状は、委任者本人の意思を確認もしくは尊重した上で、代筆したことを誓約します。
代筆者署名：

受任者	住所			
	氏名	本人の署名が必要です	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 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（ ）		

みよし市長 様

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・住基カード(写真有り)・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（ ）