

# 委任状

令和 年 月 日

委任者	受給(資格)者 被保険者又は	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  福祉医療  
 健康診査  予防接種  その他 ( )

② 手続き内容

- 資格(取得・喪失等)の届出  保険証等の受領  
 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  支給申請  
 検診個人負担金免除申請  予防接種費用助成金交付申請  
 その他 ( )

委任者(被保険者又は受給(資格)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 ( )