

# 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 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  資格確認書・資格情報のお知らせの受領  
 医療費受給者証の受領  資格確認書・資格情報のお知らせ等の再交付等  
 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  予防接種券の発行に関する申請  
 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)が自書不可能なため、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: 該当するものに☑、もしくは追加記入)

「 負傷、疾病、障がいまたは書痙(手が震えたりこわばったりすること)等により文字が書けない  
 その他( )」

のため委任状を自書することができないので、代筆しました。この委任状は、委任者本人の意思を確認した上で、代筆したことを誓約します。

代筆者署名【 】

※偽り、その他不正の手段により委任状を作成、行使した場合は刑罰の対象となります。

(刑法第157・159・161条)

受任者	住所	(電話番号 - - )
	氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 本人の署名が必要です
	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・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( )

