

# 委 任 状

平成 年 月 日

委任者	被保険者	住所						
		氏名	(印)	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
		本人の署名又は記名・押印が必要です						

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						
	氏名	(印)	生年月日	明治 大正 昭和	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・ケアマネージャー・その他（ ）					

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

確認	運転免許証・パスポート・住基カード(写真有り)・外国人登録証明書・身体障害者手帳 その他( )
	医療保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・住基カード(写真無し)・雇用保険受給者証 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( )