

# 委任状

年 月 日

代理人

氏名	
住所	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
電話番号	
委任者との関係	

私は、上記の者に下記の権限を委任します。

該当するものにチェック☑を入れてください。

- 後期高齢者医療保険の被保険者証の交付及び再交付に関すること  
(減額証・限度証・特定疾病療養受療証を含む)
- 後期高齢者医療保険料に関すること
- その他 ※上記以外の場合は、委任内容を具体的に記入してください。  
( )

委任者 (被保険者)

氏名	
住所	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
電話番号	

## 【注意事項】

- 黒のボールペン等でご記入ください。(鉛筆、フリクションボールペンは不可)
- 代理人の本人確認書類 (有効期限内のものに限る。) が必要です。  
(例 マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書 (平成 24 年 4 月 1 日以降に交付のもの)、パスポート、官公署発行の身分証明書 (写真付) )

※高額療養費、療養費、葬祭費、第三者行為による傷病届の申請・受領等の委任について、この様式はご使用いただけません。