

委任状

私は、_____を代理人と定め、後期高齢者医療における
下記の手続きの権限を委任します。

<委任事項> ※該当する項目に☑してください。

- 後期高齢者医療資格確認書の受領
- 後期高齢者医療特定疾病療養受療証の受領
- 後期高齢者医療マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請
- 後期高齢者医療送付先変更の届出
- その他 (_____)

_____年 月 日

<受任者（代理人）>

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____年 月 日 / 委任者との関係 _____

<委任者（被保険者）>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____ ※委任者自身が署名をしている場合、押印は不要です。

生年月日 _____年 月 日 _____