

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再交付、任意記載事項の申請及び受領
- ☐ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証の（再）交付申請及び受領
- ☐ 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 _____