

# 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または資格確認書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】

- 1.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）
- 2.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。