委　任　状

令和　　年　　月　　日

徳島県後期高齢者医療広域連合長　　様

委任者［被保険者］

住　　所　美馬市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　明治 ・ 大正 ・ 昭和　＿＿年＿＿月＿＿日

私は下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療に関する次の事項について、その権限を委任します。

【委任事項】（該当する事項の□にレ点を記入）

□ 後期高齢者医療被保険者証の受領について
□ 後期高齢者医療被保険者証等の再交付に係る手続きについて
□ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定に係る手続きについて
□ 後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）に係る手続きについて
□ 後期高齢者医療特定疾病認定に係る手続きについて
□ 後期高齢者医療送付先変更に係る手続きについて
□

代理人［窓口に来られる方］

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　大正 ・ 昭和 ・ 平成　＿＿年＿＿月＿＿日

委任者との関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 委任者が筆記困難で委任状を代理人が作成した場合は、以下の申述書を記入してください。

申　述　書

徳島県後期高齢者医療広域連合長　　様

上の委任状は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（委任者氏名）が筆記困難なため私が代筆しました。
なお、この委任状は、委任者の指示により作成したものであり、本人の意志に基づくものです。

令和　　年　　月　　日

代筆者

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

委任者との関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><td rowspan="5">市確認欄</td><td colspan="3">代理人：本人確認</td><td colspan="2">被保険者：個人番号確認</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1点確認（顔写真有）</td><td colspan="2">1.運転免許証　2.個人番号カード　3.旅券
4.障害者手帳（身体・療育・精神）
5.介護支援専門員証　6.その他（　　）</td><td colspan="2" rowspan="3">1.通知カード
2.通知カード（写）
3.個人番号カード
4.個人番号カード（写）
5.個人番号記載の住民票（写）
6.その他（　　）</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">2点確認（顔写真無）</td><td colspan="2">1.健康保険被保険者証　2.介護保険被保険者証
3.年金証書　4.年金手帳
5.その他（　　）</td></tr>
<tr><td>確認日</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>確認者</td><td></td></tr>
</table>