

# 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）

- 後期高齢者医療資格確認書の受領について
- 後期高齢者医療資格確認書等の再交付に係る手続きについて
- 後期高齢者医療資格確認書の任意記載事項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
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請について
- 

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

（委任者氏名）

上の委任状は、\_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_

市 確 認 欄	代理人：本人確認		被保険者：個人番号確認		
	1 点 確 認  (顔写真有)	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 ( )	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 ( )		
	2 点 確 認  (顔写真無)	1. 健康保険資格確認書 2. 介護保険被保険者証 3. 年金証書 4. 年金手帳 5. その他 ( )	確認日	令和 年 月 日	
		確認者			