

委任状

年 月 日

被保険者番号									
委任者 (被保険者)	住所								
	氏名								
	電話番号	() -							
	被保険者との続柄	本人			生年月日	明・大 昭・平	年 月 日		

下記の者を受任者とし、

1. 後期高齢者医療被保険者証再交付の申請と受領に関する権限
2. その他 () に関する権限

を委任します。

受任者	住所								
	氏名								
	電話番号	() -							
	委任者(被保険者)との続柄				生年月日	明・大 昭・平	年 月 日		

※委任者 と 受任者 の本人確認書類の写しを添付してください。

〈本人確認書類の例〉

- ・運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等、官公署発行の顔写真付きの証明書
- ・(後期高齢者医療被保険者の場合) 後期高齢者医療被保険者証
- ・上記より1点ご用意ください。