

委 任 状

年 月 日

被保険者番号								
委 任 者	住 所							
	氏 名							
	電話番号	() —						
	被保険者 との続柄		生年 月日	年 月 日				

下記の者を受任者とし、次の事項を委任します。

- ☐ 後期高齢者医療資格確認書の（申請・受領）に関する権限
- ☐ 後期高齢者医療資格確認書再発行の（申請・受領）に関する権限
- ☐ 後期高齢者医療資格情報のお知らせ再発行の（申請・受領）に関する権限
- ☐ 後期高齢者医療送付先登録の申請に関する権限
- ☐ マイナンバーカードの後期高齢者医療保険証利用登録解除に関する権限
- ☐ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証の（申請・受領）に関する権限
- ☐ () に関する権限

受 任 者	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	電話番号	() —						
	委任者 との続柄		生年 月日	年 月 日				

*委任者・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）後期高齢者医療資格確認書・被保険者証

市区町職員 記載欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	☐ 運転免許証 ☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ 旅券（パスポート） ☐ マイナンバーカード ☐ ()	年 月 日	