

# 委 任 状

年 月 日

委 任 者	被 保 険 者	住 所				
		氏 名		生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和	年 月 日

下記の者に、つぎの手続き等を委任します。

【委任事項】（該当するものに☑、もしくは追加記入）

- 後期高齢者医療保険証の受領
- 後期高齢者医療保険証等の再交付等にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療特定疾病認定申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療保険料免除申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療送付先変更等にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療障害認定申請・資格取得（変更・喪失）届にかかる手続きについて
- 

受 任 者	住 所				
	氏 名		生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年 月 日
	委 任 者 と の 関 係	親族（ <small>続柄</small> ）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネージャー・その他（ ）			

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

確 認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他（ ）
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他（ ）