



〔 委任欄 〕

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

表面の手続きを委任します。

|                 |  |  |      |                      |
|-----------------|--|--|------|----------------------|
| 委任者<br>(被保険者)   | 住所   | <input type="checkbox"/> 表面の住所に同じ              |      |                      |
|                 | 氏名   | 自署の場合は押印不要                                     | 生年月日 | 明治<br>大正 年 月 日<br>昭和 |
| 受任者<br>(窓口に来た人) | 住所   |  |      |                      |
|                 | 氏名   |  | 生年月日 | 大正<br>昭和 年 月 日<br>平成 |
|                 | 委任者との関係  | 親族(続柄 )・担当民生委員・近隣協力者・友人<br>施設職員・ケアマネジャー・その他( ) |      |                      |
| 確認              | 個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・特別永住者証明書<br>在留カード・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳・その他( )<br>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・介護保険負担割合証<br>生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・その他( )<br>※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの |  |      |                      |