



〔 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 (被保険者)	住所	<input type="checkbox"/> 表面の住所に同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 自署の場合は押印不要 <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; margin-left: 10px;">印</div>	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
受任者 (窓口に来た人)	住所			
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	委任者との関係	親族(続柄 )・担当民生委員・近隣協力者・友人 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 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( ) 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 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・その他( ) ※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			