

【後期高齢者医療】

別紙

委 任 状

令和 年 月 日

委任者	被保険者	住所			
		氏名	印	生年月日	明治 大正 昭和
		自署の場合は押印不要			

下記の者に、次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及び資格取得（変更・喪失）に係る手続きについて
-

受任者	住所				
	氏名	印	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（）			

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・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