委　　任　　状

年　月　日

委任者	被保険者	住所			
		氏名		生年月日	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
- ☐

受任者	住所			
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日 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 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・運転経歴証明書 身体障害者手帳・住基カード（写真有）・その他（　　）
	保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・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・診察券・その他（　　）