

(後期高齢者医療制度加入者用)

委 任 状※注意：すべて委任者をご自分で記入してください。

受任者 (代理人) ※役場に来る人	住所			
	氏名			
	電話番号		委任者 との続柄	

(※受任者の顔写真付の本人確認書類（運転免許証等）が必要です。)

私は上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療制度に関する下記事項の権限及び番号法（「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」）に定める個人番号（マイナンバー）を提供することを委任します。

記

《委任事項》（該当するものには、□部へ✓を記入してください。）

- 被保険者証の受領の権限
- 被保険者証の**再交付**申請及び受領の権限
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請及び受領の権限
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の**再交付**申請及び受領の権限
- 特定疾病療養受療証の交付申請及び受領の権限
- 特定疾病療養受療証の**再交付**申請及び受領の権限
- その他（※具体的な内容（療養費の申請、等）を以下に記入してください。）

平成 年 月 日

委任者 (被保険者)	住所			
	氏名	⑩		
	生年月日	明・大・昭	年	月 日

(※個人番号の提供には、委任者の個人番号カード、通知カード、またはその写しが必要です。)