

(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。

|                            |     |                              |
|----------------------------|-----|------------------------------|
| 代理人<br>(たのまれた人)<br>※役場に来る人 | 住 所 | (※運転免許証など、顔写真付の本人確認書類が必要です。) |
|                            | 氏 名 |                              |

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。)

- ☐ 資格確認書の受領の権限
- ☐ 資格確認書の**再交付**申請及び受領の権限
- ☐ 自己負担限度額等の適用区分併記申請及び自己負担限度額等の適用区分併記  
資格確認書の受領の権限
- ☐ 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**区分併記申請及び特定疾病区分併記資格確認書の受領の権限
- ☐ 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(※具体的な内容を以下に記入してください。)

令和 年 月 日

|               |      |             |
|---------------|------|-------------|
| 委任者<br>(たのむ人) | 住 所  |             |
|               | 氏 名  | ⑩           |
|               | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |