

委任状

後期高齢者医療保険用

(宛先)

大田区長

東京都後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

【委任者（被保険者）】

氏名	
住所	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
電話番号	

【代理人】

氏名	
住所	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
電話番号	

私（委任者）は代理人に下記の権限を委任します。

該当するものにチェック☑を入れてください。

- 後期高齢者医療保険の被保険者証の交付及び再交付に関すること
(減額証・限度証・特定疾病受療証を含む)
- 送付先の手続きに関すること
- 後期高齢者医療保険料に関すること
- 納付済額の通知に関すること
- その他 ※具体的に記入 ()

注意事項

- 黒のボールペン等でご記入ください（鉛筆は不可）。
- 代理人の方は顔写真付きの身分証明書が必要です。※有効期限内に限る（例 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、その他官公所発行で写真付きの氏名・生年月日・住所が記載されたもの）
- 法定代理人（成年後見人等）が代理で申請される場合は、登記事項証明書の写しをご持参ください。
- 委任状の作成が困難な場合は、公的機関から発行された「本人しか持ちえない書類」の提出をもって代理権の確認書類とすることも可能です。

※高額療養費、療養費、葬祭費、第三者の行為による傷病届の申請・受領等の委任について、この様式はご使用いただけません。