

委 任 状

年 月 日

委任者	被保険者	住所				
		氏名	生年月日	明治 大正 昭和	年	月

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・限度額認定証・減額認定証・特定疾病受療証の受領
- 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・標準負担額減額認定証交付申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療 限度額適用認定証交付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 （高額療養費・療養費・食事療養費差額）支給申請について
- 後期高齢者医療 （ ）について

受任者	住所					
	氏名	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・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他（ ）	いずれか1点
	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 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・その他（ ）	いずれか2点

※受任者様の本人確認書類をご持参ください。