

委任状

令和 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 あて
大館市長 あて

委任者(被保険者)

被保険者氏名	印
	※委任者(被保険者)が筆記困難である場合、本人の意思のもと代筆
	☐ 代理人が代筆 ☐ 代理人以外が代筆 (代理人以外が代筆の場合は以下に代筆者を記入) 代筆者名 委任者との関係() 代筆者住所
被保険者住所	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
電話番号	()

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。
(委任する項目にチェックを入れてください。)

- ☐ 資格確認書、資格情報のお知らせの(再)交付申請
☐ 特定疾病療養費受療証の申請及び受領
☐ 障害認定及び資格取得(変更・喪失)届
☐ 送付先の登録手続きに関すること
☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請、資格確認書の受領
☐ その他()

代理人

代理人氏名	
代理人住所	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	()
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()

※ 代理人が窓口へ来られる際は、代理人の身分証明書をご持参ください。