後期高齢者医療保険用

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。