後期高齢者医療制度用

委　　任　　状

秋田県後期高齢者医療広域連合長　　あて

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

なお、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成２５年法律第２７号）に基づき、以下の申請及び届出における個人番号の提供についても委任します。

●委任する項目にチェックを入れてください。

- ☐ 被保険者証の再交付申請
- ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証申請（再交付）及び受領
- ☐ 特定疾病療養費受療証の申請及び受領
- ☐ 高額療養費支給申請　　（高額療養費支給申請書兼申立・誓約書含む）
- ☐ 高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請
- ☐ 食事療養費差額支給申請
- ☐ 障害認定及び資格取得（変更・喪失）届
- ☐ その他（　　）

記

年　　月　　日

委任者（申請者）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受任者（代理人）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

委任者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 代理人が窓口へ来られる際は、代理人の身元確認書類をご持参ください。