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

被保険者（委任者）

被保険者氏名	印
	※被保険者（委任者）が筆記困難である場合、本人の意思のもと代筆 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。）

- ☐ 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
- ☐ 限度額適用認定証申請（再交付）及び受領
- ☐ 特定疾病療養費受療証の申請及び受領
- ☐ 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
- ☐ 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。