

委任状

以下すべての項目を委任者（被保険者本人）がご記入ください。

年 月 日

（被保険者本人） 委任者	被保険者番号		電話番号	
	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
	住所			

私（委任者）は、下記の者（代理人）につきの手続き等を委任します。

該当する手続き等すべてに☑をしてください。

後期高齢者医療についての

再交付（通知）申請及び証等の受領

資格確認書 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証

資格情報のお知らせ その他（ ）

送付先変更届出

資格確認書の交付申請及び受領

資格確認書の任意記載事項併記申請及び受領

障害認定申請（資格取得）及び資格確認書の受領

特定疾病の認定申請及び特定疾病療養受療証の受領

保険証利用登録解除申請

その他（ ）

代理人	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
	委任者との続柄			
	住所			

（備考） 1 記載内容等について委任者の方に電話で確認させていただく場合があります。

2 代理人（窓口に来られる方）の本人確認できるものを、必ずお持ちください。

（本人確認できるもの）

マイナンバーカード、運転免許証、パスポート 等

健康保険証、年金証書 等の場合は、2点以上必要

委任状

以下すべての項目を委任者（被保険者本人）がご記入ください。

令和6年12月2日

（被保険者本人） 委任者	被保険者番号	12345678	電話番号	076-465-7502
	氏名	広域一郎	生年月日	昭和10年1月1日
	住所	富山県富山市婦中町速星754番地		

私（委任者）は、下記の者（代理人）につきの手続き等を委任します。

該当する手続き等すべてに☑をしてください。

後期高齢者医療についての

再交付（通知）申請及び証等の受領

資格確認書 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証

資格情報のお知らせ その他（ ）

送付先変更届出

資格確認書の交付申請及び受領

資格確認書の任意記載事項併記申請及び受領

障害認定申請（資格取得）及び資格確認書の受領

特定疾病の認定申請及び特定疾病療養受療証の受領

保険証利用登録解除申請

その他（ ）

代理人	氏名	県庁太郎	生年月日	昭和45年5月5日
	委任者との続柄	子		
	住所	富山県富山市新総曲輪1番7号		

（備考）1 記載内容等について委任者の方に電話で確認させていただく場合があります。

2 代理人（窓口に来られる方）の本人確認できるものを、必ずお持ちください。

（本人確認できるもの）

マイナンバーカード、運転免許証、パスポート 等

健康保険証、年金証書 等の場合は、2点以上必要