代理人選任届（委任状）

年　　 月　　日

委任者（頼むかた）

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日生

電話番号　　　　　　　　　　（　　　　　　　）

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療に係る次の事項に関する権限を委任します。

該当する者を○で囲んでください。

・資格取得（変更・喪失）に関する申請

・住所地特例適用（変更・終了）に関する申請

・障害認定（変更・喪失）に関する申請

・限度額適用・標準負担額減額認定申請

・限度額適用認定申請

・特定疾病認定申請

・資格確認書等各種証再交付申請

・基準収入額適用申請

・高額療養費支給申請

・高額介護合算支給申請

・療養費支給申請

・食事療養差額申請

・マイナ保険証の利用登録の解除について

・資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書の申請

・長期入院日数届出書の申請

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

代理人（窓口に来られるかた）

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生

電話番号　　　　　　　　　　（　　　　　　　）