

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
- ・被保険者証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
- ・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 _____ (_____) _____