

委任状

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、下記の者を代理人と定め、下記の事項に関する権限を委任します。

委任事項

- 後期高齢者医療保険資格取得手続き(障害認定等)に関すること
- 後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記の申請に関すること
- 後期高齢者医療保険料還付の申請・受領に関すること
- 後期高齢者医療保険再交付申請(資格確認書・特定疾病受療証等)に関すること
- 後期高齢者医療保険料の賦課(保険料試算・減免等)に関すること
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関すること
- その他()

委任者(被保険者)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 大正・昭和 年 月 日

電話番号 _____

※必ず委任者本人が自書で記入してください。

受任者(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 () _____

委任者との関係 _____