

# 委任状

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 あて

年 月 日

委任者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
	電話番号			
	私は次の者を代理人と定め、下記の事項に係る一切の権限を委任します。			
代理人	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
	電話番号			
	委任する人との続柄			
委任事項	<b>委任する事項</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">必ず記入してください</span> 委任する項目にチェック☑を入れてください(複数選択可)。 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証の再交付の申請 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の「限度額適用認定証」の申請および受取 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の「特定疾病療養受療証」の申請および受取 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の「受療証」の申請および受取 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の「社会保険料控除参考資料」の申請および受取 <input type="checkbox"/> その他( )			
注意事項	<input checked="" type="checkbox"/> <b>必ず委任者が記入してください。</b> <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容について、電話等で委任者の意思確認を行う場合がありますので御了承ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人の方の確認のため、本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証・パスポートなど公的機関が発行した顔写真付きのもの)を持参してください。			