委任状（後期高齢者医療資格関係）

令和　　　年　　　月　　　日

　長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住　所

**委任者**　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**（被保険者）**

電　話

次の者を代理人と定め、下記手続きに関する権限を委任します。

住 所

**代理人** 氏 名

**（窓口来庁者）**

電　話

（被保険者との関係　　　　　　　　　　　　）

委任手続き内容（□に✔を入れてください。）

後期高齢者医療に関する

* **被保険者証　交付・再交付手続き**
* **限度額適用・標準負担額減額認定証　交付・再交付手続き**
* **特定疾病療養受領証　交付・再交付手続き**
* **送付先変更届に関する手続き**
* **マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に関する手続き**
* **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人（来庁者）の本人確認書類 | |
| 1点確認 | 2点確認 |
| □　運転免許証 | □　保険証 |
| □　マイナンバーカード | □　資格確認書 |
| □　旅券 | □　年金手帳・証書 |
| □ 在留カード | □　介護保険証 |
| □ （　　 　 　）手帳 | □　その他官公庁発行身分証明書（　　　　　　　　　　　　　） |
| □　その他写真付（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |