

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 ⑩
(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()	