委　任　状

長野県後期高齢者医療広域連合長　宛

令和　　年　　月　　日

申 請 者
（委任をする人）

住　所

氏　名　　㊞
（　署名または記名押印　）

電　話

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

後期高齢者医療保険の

- □　資格確認書の交付及び任意記載事項併記の手続きに関すること、資格確認書の受領
- □　資格確認書の再交付の手続き及び受領に関すること
- □　後期高齢者医療保険料の納付の手続きに関すること
- □　マイナンバーカードの健康保険証登録の解除申請の手続き、資格確認書の受領
- □　その他の事項
  （　　）に関すること

代 理 人
（委任を受けた人）

住　所

氏　名

電　話

********** 以下の欄は、記入不要です。 **********

受付	本人確認	□運転免許証　□旅券　□個人番号カード　□その他顔写真付証明書（　　）
		□介護保険証　□資格確認書　□年金手帳　□その他公的証明書（　　）