

※本人または同一世帯員以外の方が届出等を行う場合は、委任状が必要です。

委 任 状

吉見町長 あて

代理人 住所 _____

氏名 _____ (続柄: _____)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先 _____

私は、上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療制度に係る下記事項に関する一切の権限を委任します。

- ☐ 資格異動の届出 ☐ 資格確認書の申請・受領・再交付
- ☐ 資格確認書における任意記載事項に関する申請
- (自己負担限度額等の適用区分の併記・特定疾病区分の併記)
- ☐ 療養費の申請 ☐ 特定疾病療養受療証の申請・受領・再交付
- ☐ マイナ保険証利用登録解除の申請
- ☐ その他 (_____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者 住所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ ㊞

連絡先 _____

(注意事項)

- ・委任状は、すべて委任者本人が記入してください。