

委任状

年　月　日

私（委任者）は

住 所	
氏 名	

次の者を代理人として下記の事項を委任します。

住 所	
氏 名	
委任者との関係	
連絡先	

【委任事項】※該当するものに☑をしてください。

<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療制度にかかる通知書等・資格確認書等の送付先（変更・廃止）申請
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）の再交付申請
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）の受領
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療制度に関する相続人代表者選任届の届出
<input type="checkbox"/>	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

※代理人の身分証の写しを添付してください。