

(資格関係)

## 委任状

年　月　日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

私は、下記の者を代理人に選任し、次の行為の権限を委任します。

※委任する権限に□をしてください。

- 1 後期高齢者医療資格確認書の 申請  
窓口での受領
- 2 特定疾病療養受療証の 申請  
窓口での受領
- 3 障害認定の申請
- 4 マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除の申請
- 5 その他 ( )

※「窓口での受領」・「マイナカードの健康保険証利用登録解除申請」は代理人の本人確認ができる書類（身分証など）が必要です。

※本人住所以外への郵送には、別途送付先変更手続が必要です。

被保険者 住 所  
氏 名

※本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

生年月日 大・昭 年 月 日

代理人 住 所  
氏 名  
生年月日 大・昭・平 年 月 日  
被保険者との続柄