

(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きが必要です。

被保險者

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