

委 任 状

令和 年 月 日

委任者	被保険者	住所			
		氏名	 押印が 必要です	生年月日	大正 昭和 年 月 日

下記の者に、次の手続き等を委任します。

【委任事項】（該当するものに☑、もしくは追加記入）

- ☐ 後期高齢者医療 障害認定及び資格取得 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 被保険者証の受領 について
- ☐ 後期高齢者医療 保険証等の再交付等 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 限度額適用・標準負担額認定申請及び受領 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 特定疾病認定申請及び受領 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 保険料免除申請 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 送付先変更等 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 高額療養費支給申請 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 高額療養費の受領 について
- ☐ 後期高齢者医療 療養費支給申請 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 療養費の受領 について
- ☐ 後期高齢者医療 食事療養差額（食事差額）申請 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療 食事療養差額（食事差額）の受領 について
- ☐ 後期高齢者医療 個人番号カードの健康保険証利用登録の解除 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者福祉医療費 受給者証交付・更新・再受領 にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者福祉医療費 給付金を受けた分の高額療養費の受領委任 にかかる手続きについて
（医療費を負担している大府市が高額療養費を受け取るための委任）
- ☐

受 任 者	住 所			
	氏 名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	委 任 者 （被保険者） との 関 係	親族（続柄）・担当民生委員・近隣協力者・知人友人 施設職員・高齢者相談支援センター職員・ケアマネージャー その他（ ）		

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

大府市長 様

確 認	個人番号カード・運転免許証・パスポート（旅券）・在留カード・特別永住者証明書・障害者手帳 その他（ ）
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・雇用保険受給資格者証・生活保護受給証明書 キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・その他（ ）