

委 任 状
(別府市国民健康保険・後期高齢者医療保険)

年 月 日

大分県別府市長
大分県後期高齢者医療広域連合長 あて

委任者（届出又は申請者本人）

住 所			
氏 名			印
生 年 月 日	年 月 日	電 話	

私は、次の人を代理人と定め、下記の委任事項についての権限を委任します。

代理人（窓口に来られる方）

住 所			委任者との関係
氏 名			印
生 年 月 日	年 月 日	電 話	

委任事項 ※必要な項目に「○」または記入をしてください。

1	加入に関する事
2	喪失に関する事
3	その他資格の異動に関する事
4	被保険証又は高齢受給者証の再交付に関する事
5	限度額適用・標準負担額減額認定証等の交付に関する事
6	療養費・高額療養費等、保険給付に係る支給申請及び受領に関する事
7	特定疾病療養受領証の交付に関する事
8	高額介護合算療養費等支給申請及び受領に関する事
9	その他 ※具体的に記入 ()

●注意事項

- 委任状は、必ず委任するご本人が作成してください。
なお委任事項等の確認のため、電話をかける場合がありますので、連絡の取れる番号を記入してください。
- 各種申請にあたっては、申請人のマイナンバーの提示が必要です（写可）。
- 代理人（窓口に来られる方）の本人確認を行います。**確認できるものを本書とあわせてお持ちください。
※本人確認に必要な書類等
(1点確認書類：免許証・パスポート等官公署発行の写真つき書類)
(2点確認書類：健康保険証・国民年金手帳・介護保険証等)
- 本書のみでの手続きはできません。代理の方は各種申請用紙に必要な事項を記入のうえ、本書を添付して申請してください。