

# 委任状

(宛先) 長野県後期高齢者医療広域連合長

令和 年 月 日

委任者 (来庁できない人)

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ (印)

生年月日: 明治・大正 年 月 日  
昭和・平成

昼間の連絡先:  
電話(自宅・会社・携帯) \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、下記手続きに関する権限を委任します。

代理人 (窓口来庁者)

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

委任者との関係: \_\_\_\_\_

昼間の連絡先:  
電話(自宅・会社・携帯) \_\_\_\_\_

委任手続き内容(項目左の四角の欄に○をして下さい。)

- 後期高齢者医療 被保険者証 交付・再交付手続き
- 後期高齢者医療 限度額適用・標準負担額減額認定証 交付・再交付手続き
- 後期高齢者医療 特定疾病療養受領証 交付・再交付手続き
- 後期高齢者医療 その他( )

## ※ 注意

- 委任状は、委任する本人が全てを記入し押印して下さい。
- 印鑑は朱肉を使用するものとし、ゴム印・シャチハタは使用しないで下さい。
- 窓口に来られる方は本人確認が出来る物を持参して下さい。  
(例:運転免許証・健康保険証・パスポート等)
- 不明な点があった場合は委任者の連絡先に問い合わせをします。
- 委任状に不備があった場合は、手続き出来ない場合があります。