

委任状

代理人（委任を受けた者）

住所	電話番号（ ）		
氏名	生年月日	年	月 日
	委任者からみた続柄		

「 私は、上記の者を代理人と定め、国民健康保険・後期高齢者医療・福祉医療費助成・国民年金等にかかる下記権限を委任します。」
(該当するものにチェック・○囲みをしてください)

- ☐ 資格取得・喪失に関する一切の手續及び受領
- ☐ 給付に関する申請

☐ 高額療養費 ・療養費 ・葬祭費 ・その他（ ）
- ☐ 申請及び受領

☐ 諸証明書（国民健康保険資格確認書、後期高齢者医療資格確認書 等）
☐ 限度額適用（・標準負担額減額）認定証
☐ 福祉医療費受給券（助成券） ・その他（ ）
- ☐ 国民年金に関する手續
- ☐ 保険料納付相談（国民健康保険・介護保険・後期高齢者医療）
- ☐ その他（ ）

令和 年 月 日

東近江市長 様
滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者

住 所

氏 名

生年月日

電話番号（ ）

印

【委任状を代筆された場合】

・委任状を代筆された理由

本人の意思を確認のうえ代筆し、本手續に関し一切の責任を負うことを誓約します。

・代筆者氏名 電話番号

■ 窓口に来られる方は、本人確認書類をお持ちください。

① 顔写真付きの公的証明書の場合（1点提示）

- ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳
- ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ その他（ ）

② 上記以外の証明書の場合（2点提示）

- ☐ 健康保険資格確認書 ☐ 福祉医療費受給券 ☐ 年金手帳・基礎年金番号通知書
- ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 年金証書 ☐ その他（ ）

※手續によっては、代理人の個人番号カードが別途必要な場合があります。