

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
	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続き及び受領
- 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
 - ・諸証明証 再発行（国民健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証等）
 - ・限度額適用認定証
 - ・福祉医療費受給券
 - ・その他（ ）
- 国民年金に関する手続き
- 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

印

生年月日

電話番号

（ ）

【委任状を代筆された場合】

・委任状を代筆された理由

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

・代筆者氏名

連絡先

■ 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）

- 運転免許証
- 個人番号カード
- 身体障害者手帳
- パスポート
- 住民基本台帳カード
- 在留カード など

② 上記以外の証明書の場合（2点提示）

- 健康保険証
- 後期高齢者医療被保険者証
- 年金手帳
- 年金証書
- 介護保険被保険者証
- 住民基本台帳カード（顔写真無し）など

※手続きによっては、代理人の個人番号カードが別途必要な場合がありますのでご注意ください。