

委任状

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

私は代理人に下記権限を委任します。 令和 年 月 日

委任内容 (該当にチェック☑をつけてください)

- 後期高齢者医療被保険者証の受領
- 後期高齢者医療被保険者証再交付の申請及び受領
- 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額/限度額 適用認定証の申請及び受領
- その他 ()

代理人 (来庁される方)	氏名	(委任者との関係:)
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	
	連絡先	
委任者 (申請が必要な方)	氏名	⑩
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住所	
	連絡先	

※注意事項

- ・委任者がすべてを自筆でご記入ください。(※1)
- ・内容に疑義がある場合は、委任状として認められません。
- ・この委任状のほかに委任者の被保険者証、認印及び代理人の身分証明書(顔写真付き)を持参下さい。

(※1) 委任者が特別な事情により記入が出来ない場合は代筆の事由を明記し、
本人の指示のもと作成した旨の文面を明記してください。

代筆事由
