

# 委任状

後期高齢者医療保険用

(宛先)

大田区長

東京都後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

【委任者（被保険者）】※委任者本人が自署または記名押印してください

氏名	
住所	
生年月日	年 月 日
電話番号	

【代理人】

氏名	
住所	
生年月日	年 月 日
電話番号	

私（委任者）は代理人に下記の権限を委任します。

該当するものにチェック☑を入れてください。（申請・受領・両方）とあるものは申請、受領、または両方に○をつけてください。

後期高齢者医療保険の被保険者証の交付及び再交付に関すること

（減額証・限度証・特定疾病療養受療証含む）

送付先の手続きに関すること

後期高齢者医療保険料に関すること

高額療養費（外来年間合算を含む）の支給に関すること ⇒（申請・受領・両方）※

高額介護合算療養費に関すること ⇒（申請・受領・両方）※

療養費の支給に関すること ⇒（申請・受領・両方）※

葬祭費の支給に関すること ⇒（申請・受領・両方）※

第三者の行為による傷病届に関すること

納付及び滞納に関すること

納付済額の通知に関すること

その他 具体的に記入（ ）

## 注意事項 ご記入前にご確認ください

- 黒のボールペン等でご記入ください（鉛筆、消せるボールペン等は不可）。
- 代理人の方は顔写真付きの身分証明書が必要です。※有効期限内に限る（例 マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、その他官公署発行で写真付きの氏名・生年月日・住所が記載されたもの）
- 法定代理人（成年後見人等）が代理で申請される場合は、登記事項証明書の写しをご持参ください。
- 委任状の作成が困難な場合は、公的機関から発行された「本人しか持ちえない書類（原本）」の提出をもって代理権の確認書類とすることも可能です。※受領又は両方の委任の場合は委任状が必要となります。