

# 委 任 状

令和 年 月 日

委任者	被保険者	住所				
		氏名	 押印が必要です	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日

下記の者に、次の手続き等を委任します。

【委任事項】（該当するものに☑、もしくは追加記入）

- 後期高齢者医療障害認定及び資格取得にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療被保険者証の受領について
- 後期高齢者医療保険証等の再交付等にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定申請及び受領にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療特定疾病認定申請及び受領にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療保険料免除申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療送付先変更等にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療高額療養費支給申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療高額療養費の受領について
- 後期高齢者医療療養費支給申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療療養費の受領について
- 後期高齢者福祉医療費受給者証交付・更新・再交付・変更申請、受領にかかる手続きについて
- 後期高齢者福祉医療費給付金を受けた分の高額療養費の受領委任にかかる手続きについて（医療費を負担している大府市が高額療養費を受け取るための委任）
- 後期高齢者福祉医療費支給申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者福祉医療費の受領について
- 

受任者	住所				
	氏名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	
	委任者との関係	親族（続柄）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネージャー・その他（）			

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

大府市長 様

確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他（）
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他（）