後期高齢者医療に係る委任状

年　　月　　日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

《被保険者・委任者》住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

《代理人》住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記

委任する申請又は届出（該当するものに☑）

- ☐　後期高齢者医療資格に係る申請及び届出に関する件
- ☐　後期高齢者医療に係る文書等の送付先の変更に関する件
- ☐　後期高齢者医療給付に係る申請及び届出に関する件
- ☐　その他（　　）

※　代理人の方は、申請又は届出時に下記のものをご持参ください。

- ・運転免許証等の顔写真入りの身分証明書
- ・広域連合からの委任者宛ての勧奨通知等
- ・入所施設等職員であれば写真入りの職員証等
- ・成年後見人等であれば公正証書等

【市町記入欄】

委任状原本添付

- ☐　後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書
- ☐　送付先変更届出書
- ☐　後期高齢者医療各証書等再交付申請書
- ☐　その他（　　）