

後期高齢者医療に係る委任状

令和 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

- 1 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（ ）
- 2 前項の委任をした申請又は届出により付帯して必要となる申請又は届出等に関する件
- 3 第1項の委任をした申請又は届出により付帯して必要となる受領に関する件

※ 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勸奨通知等
- ・ 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（ ）