

# 委任状

令和 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、次の権限を委任します。

広島県後期高齢者医療にかかる、下記、被保険者証等の交付にかかる手続きを行うこと及びその交付された被保険者証等の受取りに関すること。

また、被保険者証等の交付にあたり、私及び私の同一世帯の世帯員の収入額、所得額、所得控除額及び課税の有無について課税台帳及び課税資料により調査確認、及び老齢福祉年金の受給について調査確認されることが必要な場合は、これらを確認されることに同意します。なお、調査確認されることについては、私の属する世帯の世帯員の同意を得ていることを申し添えます。

- 被保険者証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 特定疾病療養受療証

※該当する証にチェックをしてください。

委任者（被保険者）

住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

受任者（代理人）

住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_

※印鑑は委任者と受任者の苗字が同じ場合でも、同じ印鑑は使用しないでください。