

# 代理人選任届（委任状）

年 月 日

委任者（頼むかた）

住 所

氏 名

㊞

生年月日

年

月

日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療に係る次の事項に関する一切の権限を委任します。

- ・資格取得（変更・喪失）に関する申請
- ・住所地特例適用（変更・終了）に関する申請
- ・障害認定（変更・喪失）に関する申請
- ・限度額適用・標準負担額減額認定申請
- ・限度額適用認定申請
- ・特定疾病認定申請
- ・被保険者証等各種証再発行申請
- ・基準収入額適用申請
- ・高額療養費支給申請
- ・高額介護合算支給申請
- ・療養費支給申請
- ・食事療養差額申請
- ・その他（ )

代理人（窓口に来られるかた）

住 所

氏 名

生年月日

電話番号