

# 委任状

ご本人（委任をする方）

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
フリガナ	ミツケ タロウ	生年月日	
氏名	見附 太郎		△△年 ××月 □□日
(自署の場合は押印不要)			
住所	〒954-0052 新潟 都・道・府・  見附  ・町・村 学校町2-13-30 電話番号 0123 - 45 - 6789		

私は下記の者を代理人と定め、本委任状により下記の権限を委任します。

- 後期高齢者医療資格申請に関する事
- 後期高齢者医療資格確認書等受取に関する事
- 後期高齢者医療各種給付申請に関する事
- 後期高齢者医療各種給付受取に関する事
- その他（ ）

代理人（委任をされる方）

フリガナ	トクヨウロウジンホーム ○○エン ●● ●●	本人との関係	施設職員
氏名	特養老人ホーム ○○園 事務 ●● ●●		
住所	〒954-0052 新潟 都・道・府・  見附  ・町・村 施設住所 電話番号 施設電話番号		
確認方法		<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 職員証 ）	

注意事項

- ・本委任状は、ご本人（委任をする方）による自署である場合は、捺印を省略できます。
- ・代理人の方は、運転免許証など代理人自身の本人確認ができるものをご用意ください。  
※個人情報を入手する目的で代理人を装って手続きを行う者（なりすまし）の防止のため、代理人の本人確認を行います。
- ・委任状に不備がある場合、または代理人の本人確認ができない場合は、手続きができないこともあります。