**委　任　状**

【**代理人**】

住　　所

氏　　名

生年月日

電話番号　　　　　　　　（　　　　）

委任者との関係

私は、上記の者を代理人と定め、次の手続きについての権限を委任します。

なお、該当手続きの際に必要となる「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成２５年５月３１日法律第２７号）」に基づく個人番号の提供についても委任します。

該当する手続き項目にチェックをしてください。

□　被保険者資格取得（変更・喪失）届出　　　　　□　資格確認書等再交付申請

□　基準収入額適用申請　　　　　　　　　　　　　□　食事等差額支給申請

□　療養費支給申請（補装具）　　　　　　　　　　□　療養費支給申請（10割負担）

□　資格確認書交付兼任意記載事項併記申請　　　　□　高額療養費支給申請

□　高額介護合算療養費等支給申請　　　　　　　　□　特定疾病認定申請

□　障害認定申請　　　　　　　　　　　　　　　　□　送付先変更申請

□　マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和　　年　　月　　日

【**委任者**】

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日

電話番号　　　　　　　　（　　　　）