

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な「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。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 被保険者資格取得（変更・喪失）届出 | <input type="checkbox"/> 資格確認書等再交付申請 |
| <input type="checkbox"/> 基準収入額適用申請 | <input type="checkbox"/> 食事等差額支給申請 |
| <input type="checkbox"/> 療養費支給申請（補装具） | <input type="checkbox"/> 療養費支給申請（10割負担） |
| <input type="checkbox"/> 資格確認書交付兼任意記載事項併記申請 | <input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請 |
| <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費等支給申請 | <input type="checkbox"/> 特定疾病認定申請 |
| <input type="checkbox"/> 障害認定申請 | <input type="checkbox"/> 送付先変更申請 |
| <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請 | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |

令和 ____年 ____月 ____日

【委任者】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 _____

電話番号 () _____