委　任　状

　　　　　　　　令和　年　　月　　日

能代市長　　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人  （委任される人） | 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 氏名 |  |

私は、上記の者を代理人とし、下記の事項に関する権限を委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 委　任　事　項 | 【後期高齢者医療保険】  □　保険証の交付、再交付に係る手続き  □　限度額適用・標準負担額減額認定証の交付、再交付に係る手続き  □　送付先変更に係る手続き  □　納付金額明細書の交付に係る手続き  □　マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に係る手続き  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者  （委任する人） | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 被保険者番号 |  |

**＜本人（代理人）確認書類＞**　※顔写真のないものは、２点確認すること。

□運転免許証　□マイナンバーカード　□身体障害者手帳　□パスポート

　□医療保険証　□介護保険証　□（　　　　　　　　）　□（　　　　　　　　）