

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】
	<input type="checkbox"/> 保険証の交付、再交付に係る手続き
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 送付先変更に係る手続き
	<input type="checkbox"/> 納付金額明細書の交付に係る手続き
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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 () ()