

令和 年 月 日

委任状

委任者

被保険者氏名

⑨

被保険者住所

岸和田市

私は下記のことを代理人と定め、後期高齢者医療保険制度における、

- ☐ 資格確認書・資格情報のお知らせの受領・再交付に関する手続
- ☐ マイナンバーカード利用登録解除の申請
- ☐ 被保険者の資格(加入、脱退、障害認定など)に関する手続
- ☐ 限度区分併記に関する手続
- ☐ 送付先の変更に関する手続
- ☐ 保険料に関する手続(減免など)
- ☐ その他()

を委任します。

代理人

氏名

住所

被保険者との
ご関係