

代理人選任届

令和 年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて
幸 手 市 長 あて

住 所 _____
代理人 氏 名 _____
(受任者) 生年月日 _____ 年 月 日
電話番号 _____

私は上記の者を代理人に選任し、下記の権限を委任したので、お届けします。

記

【委任事項】（必要事項にチェックしてください）

- ☐ 後期高齢者医療被保険者証の交付（再交付）に関する件
☐ 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関する件
☐ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（限度額適用認定証）の
交付（再交付）に関する件
☐ 送付先変更（取下）届に関する件
☐ その他（ _____ ）

住 所 幸手市 _____
委 任 者 氏 名 _____ 印
(被保険者) 生年月日 _____ 年 月 日
電話番号 _____

代筆者（代理人以外の人）

病気や高齢等により、本人が直筆できない場合は代筆が可能です。

委任者は、（代筆の理由） _____ のため、直筆ができないの
で、委任者本人の意思を確認の上、代筆しました。

住 所 _____
代 筆 者 氏 名 _____
(代理人以外の人) 電話番号 _____

代理人選任届

令和 6 年 12 月 2 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて
幸 手 市 長 あて

住 所 幸手市東4丁目6番8号

代理人 氏 名 幸手 太郎

(受任者) 生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日

電話番号 0480-43-1111

私は上記の者を代理人に選任し、下記の権限を委任したので、お届けします。

記

【委任事項】（必要事項にチェックしてください）

- ☐後期高齢者医療被保険者証の交付（再交付）に関する件
- ☒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関する件
- ☐後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（限度額適用認定証）の
交付（再交付）に関する件
- ☐送付先変更（取下）届に関する件
- ☐その他（ ）

住 所 幸手市天神島1030-1

委 任 者 氏 名 幸手 花子 印

(被保険者) 生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日

電話番号 0480-43-1111

代筆者（代理人以外の人）

病気や高齢等により、本人が直筆できない場合は代筆が可能です。

委任者は、（代筆の理由） のため、直筆ができないの
で、委任者本人の意思を確認の上、代筆しました。

住 所

代 筆 者 氏 名

(代理人以外の人) 電話番号