

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）

- ☐ 後期高齢者医療資格確認書の交付（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
☐ 後期高齢者医療資格確認書への任意記載事項の併記に関する件
☐ 療養費の支給に関する件
☐ 送付先変更（取下）届に関する件
☐ その他（ _____ ）

＜添付書類＞受任者の本人確認ができる書類（例：免許書の写）

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 _____