

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 幸手市東4丁目6番8号

代理人 氏 名 幸手 権現堂太郎

(受任者) 生年月日 昭和55年5月5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
- ☐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 東4丁目6番8号

委 任 者 氏 名 幸手 桜子 印

(被保険者) 生年月日 昭和22年 2月 22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