

委任状

令和 年 月 日

長浜市長 様
滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

【当事者の代理人として窓口に来られる方】

代理人 (受任者)	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- 資格取得・喪失等の申請
(国民健康保険・国民年金・後期高齢者医療・福祉医療)
※国民健康保険の資格取得及び被保険者証の再交付申請手続きの場合、被保険者証は世帯主宅へ簡易書留で郵送します。
- 証の受け取り
(国民健康保険・後期高齢者医療・福祉医療)
※国民健康保険被保険者証の代理受領は、市が被保険者証を世帯主宅へ郵送した後、転送不可等により郵便局から返送された場合に限りです。
- 限度額適用（・標準負担額減額）認定の申請及び認定証の受け取り
- 次の支払金の受領に関すること
国民健康保険高額療養費
療養費・出産育児一時金・葬祭費
医療費（福祉医療制度に関するもの）
- その他（上記以外の場合はその内容を具体的にご記入ください。）
(記入例：国民年金保険料の免除申請に関すること)

【当事者（委任する方）】

委 任 者	住 所	
	氏 名	⑩
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日

注意事項

- ・代理人の方は、運転免許証など本人確認ができるものをお持ちください。
- ・委任状の偽造又は偽造した委任状を行使した場合は、刑法第159条、第161条により罰せられます。