

# 委任状

(あて名)長野県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

申請者  
(委任をする人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

長野県後期高齢者医療制度の

1. 後期高齢者医療被保険者証の再発行の手続き及び受領に関する事
2. 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関する事
3. その他の事項( )に関する事

代理人  
(委任を受けた人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
申請者との続柄 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*以下の欄は、記入不要です。\*\*\*\*\*

来 庁 者 の 確 認	1 身分証明書による確認交付 (1点確認) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転家歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書 (2点確認) <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( ) 2 その他
----------------------------	---

# 委任状

(あて名)長野県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

申請者  
(委任をする人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ⑩  
電話 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

長野県後期高齢者医療制度の

1. 後期高齢者医療被保険者証の再発行の手続き及び受領に関する事
2. 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関する事
3. その他の事項( )に関する事

代理人  
(委任を受けた人)

須坂市役所 \_\_\_\_\_ 部

\_\_\_\_\_ 課

職氏名 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*以下の欄は、記入不要です。\*\*\*\*\*

来 庁 者 の 確 認	1 身分証明書による確認交付 (1点確認) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転家歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書  (2点確認) <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( )  2 その他
----------------------------	---