

# 委任状

後期高齢者医療保険用

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

世田谷区長 あて

年 月 日

委任者(被保険者)

氏名	
住所	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
電話番号	

私(委任者)は、下記の権限を代理人に委任します。

(該当するものを丸で囲んでください。)

- ①後期高齢者医療保険の証書類の交付及び再交付に関する事
- ②送付先の手続きに関する事
- ③後期高齢者医療保険料に関する事
- ④その他(上記以外の場合は、委任内容を具体的に記入してください。)

( )

代理人

氏名	
住所	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
電話番号	
委任者との関係	

## 【区説明欄】

1. 黒のボールペン等で記入してください(鉛筆は不可)。
2. 代理人の身分証明書が必要です。代理人は、有効期限内の身分証明書として次の(1)の書類の場合は1点、(2)の書類の場合は2点ご持参ください(郵送の場合はコピー可)。
  - (1) 代理人の運転免許証、マイナンバーカード(個人番号カード)、運転経歴証明書(平成24年4月1日以降に交付のもの)、パスポート、その他の官公署発行で写真付きの氏名及び生年月日または住所が記載されたもの
  - (2) 上記(1)が困難な場合は、次の書類が2点必要です。代理人の公的医療保険の被保険者証、介護保険証、介護保険負担割合証、保険料決定通知、年金手帳、基礎年金番号通知書、その他の官公署発行で氏名及び生年月日または住所が記載されているもの

【注】後期高齢者医療療養費支給に関わる申請、受領等の委任について、この様式はご使用いただけません。

療養費に関しての委任状が必要な場合は下記の問い合わせ先までご連絡ください。

(問い合わせ先) 世田谷区役所 国保・年金課後期高齢者医療 TEL:03-5432-2390/fax:03-5432-3005

# 記入例

## 委任状

後期高齢者医療保険用

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて  
世田谷区長 あて

令和4年 4月 1日

委任者(被保険者)

氏名	世田谷 太郎
住所	東京都世田谷区世田谷4-21-27
生年月日	明治・大正・ <b>昭和</b> 11年 1月 11日
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

私(委任者)は、下記の権限を代理人に委任します。

(該当するものを丸で囲んでください。)

- ①後期高齢者医療保険の証書類の交付及び再交付に関する事
- ②送付先の手続きに関する事
- ③後期高齢者医療保険料に関する事
- ④その他(上記以外の場合は、委任内容を具体的に記入してください。)

委任する内容を  
選択・記入します

( )

代理人

氏名	世田谷 次郎
住所	東京都世田谷区世田谷〇-〇-〇
生年月日	明治・大正・ <b>昭和</b> ・平成 33年 3月 3日
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
委任者との関係	子