委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

委任者	被保険者（受給者）	住所			
		氏名		生年月日	年　　月　　日

下記の者に、以下の手続き等を委任します。

【委任事項】（該当するものに☑、もしくは追加記入）

□　国民健康保険送付先変更等にかかる手続きについて
□　後期高齢者医療送付先変更等にかかる手続きについて
□　後期高齢者福祉医療送付先変更等にかかる手続きについて
□　介護保険送付先変更等にかかる手続きについて
□

受任者	住所			
	氏名		生年月日	年　　月　　日
	委任者との関係	親族（続柄　　）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネージャー・その他（　　）		

愛知県後期高齢者医療広域連合長
江南市長　　様

市確認欄※	個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他（　　）
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他（　　）

※記入の必要はありません