

委任状

代理人氏名	_____ ⑩
代理人住所	〒 _____
代理人電話番号	(_____) _____
被保険者との関係	

私は、上記の者を代理人と定め、下記に関する一切の権限を委任します。
(委任しない権限については二重線で抹消。)

- ① 健康保険の任意継続に関する相談・手続き
- ② 健康保険の給付に関する相談・手続き
(「限度額適用認定証」等の交付に関する相談・手続きを含む)
- ③ 任意継続被保険者の健康保険証・高齢受給者証の再交付に関する相談・手続き
- ④ (_____)に関する相談・手続き

委任状作成日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
被保険者の 保険証記号番号	_____
被保険者の氏名	_____ ⑩
被保険者の生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
被保険者の住所	〒 _____
被保険者の電話番号	(_____) _____

※代理人の顔写真付きの**身分証明書**(運転免許証等)、**印鑑**(委任状に押印した被保険者の印鑑及び代理人の印鑑)及び被保険者の**健康保険証**(コピー可)も一緒にご持参ください。