

# 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。)

健康保険の任意継続に関する相談・手続き

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)

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

( )に関する相談・手続き

委任状作成日	平成 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
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。

# 委任状

代理人氏名	①
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。

事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の健康保険証・高齢受給者証の再交付に関する相談・手続き

委任状作成日	平成 年 月 日
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	①
事業所の電話番号	( )

委任状作成日	平成 年 月 日
被保険者の氏名	①
被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成

代理人の顔写真付きの身分証明書（運転免許証等）、印鑑（委任状に押印した事業主の印鑑、被保険者の印鑑及び代理人の印鑑）も一緒にご持参ください。