

委任状

代理人住所	〒
代理人氏名	
代理人生年月日	昭和・平成 年 月 日
代理人連絡先	— —
被保険者との続柄	

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。（該当するものに○）

1. 健康保険給付申請手続きに関する権限
2. 任意継続手続きに関する権限
3. その他（ ）に関する権限

令和 年 月 日

健康保険の記号番号	—
被保険者住所	〒
被保険者氏名	
被保険者生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者連絡先	— —

※代理人の方の顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード等）も一緒にご持参ください。