

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 保険証の記号番号		—		
被保険者の氏名				⑩
被保険者の生年月日	昭和・平成・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** (運転免許証など)、**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		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。

○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	令和	年	月	日
事業所所在地	〒	—		
事業所名称				
事業主氏名				⑩
事業所の電話番号	()		—	

委任状作成日	令和	年	月	日
被保険者の氏名				⑩
被保険者の生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日

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