

委任状

※被保険者ご本人様が、下記太枠項目内をご記入ください。

代理人氏名	
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 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	
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**本人確認書類**（運転免許証など）、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。

協会記入欄

代理人の 本人確認 書類	1点確認書類(いずれか1つ)
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
	2点確認書類(いずれか2つ)
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()

(被保険者の代わりに手続きを行う場合)

委任状

※事業主様が、下記太枠項目内をご記入ください。

代理人氏名	
代理人住所	〒 -
代理人電話番号	() -
事業主との関係	

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 事業所に勤務している被保険者及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
- ② () 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	
事業所の電話番号	() -

※代理人の顔写真付きの**本人確認書類**（運転免許証など）、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。

協会記入欄

代理人の本人確認書類	1点確認書類(いずれか1つ)
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
	2点確認書類(いずれか2つ)
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()

(事業主の代わりに手続きを行う場合)