委　　任　　状

作成日：　　年　　月　　日

大阪府後期高齢者医療広域連合長
大阪府枚方市長

委任者（被保険者）住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日　　年　　月　　日
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※委任者が署名しない（できない）場合は、記名・押印してください

私は、次の後期高齢者医療に関する手続きについて、下記の者を代理人と定め、届け出及び受領に関する権限を委任します。

＜委任するものの数字に〇印＞

1　被保険者証の再交付について
2　障害認定申請及び資格取得(変更・喪失)届について
3　郵便局から枚方市へ返戻された被保険者証の受領
4　後期高齢者医療被保険者証等送付先（変更・廃止）申請書兼誓約書の提出について
5　（　　）

代理人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
委任者からみた続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●代理人の公的機関発行の身分証明の提示をお願いします。

●代理人の身分証明はコピーを取り、申請書に添付させていただきます。