

※ 同世帯以外の方が代理人の場合に記載してください。

## 委 任 状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

被保険者（本人） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

次の者を代理人と定め、後期高齢者医療に関する以下の権限を委任します。  
(委任する項目にチェック☑をして下さい。)

- 被保険者証の再交付申請及び受領
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請及び受領
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付申請及び受領
- その他  
( \_\_\_\_\_ )

代理人（窓口来庁者） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※ 窓口にて代理人の本人確認をさせていただきます。