**委　任　状　兼　同　意　書**

**年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **委**  **任**  **者** | **被保険者** | **住**  **所** |  | | |
| **氏**  **名** |  | **生年月日** | **明治**  **大正**  **昭和　　　年　　月　　日**  **平成** |

**下記の者に、次の手続き等を委任します。なお、申請書等に個人番号の記載がない場合、各担当者が個人番号を閲覧し記載することに同意します。**

**【委任事項】(該当するものに☑、もしくは追加記入)**

* **介護保険　　　　　□　後期高齢者医療保険　　　　　□　国民健康保険**
* **その他（委任する事務：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**【委任内容】(該当するものに☑、もしくは追加記入)**

* **被保険者証再交付、負担限度額申請及び負担限度額証などの受領**
* **各種保険新規取得及び資格喪失届、介護保険新規申請及び更新などの各種申請**
* **高額療養費など各種申請書の提出**
* **その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**※委任者が記入下さい。**

**（施設職員、介護支援専門員の場合は事業所住所及び名称を住所欄に記入下さい）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受　任　者** | **住　　　所** |  | | |
| **氏　　　名** |  | **生年月日** | **明治**  **大正**  **昭和　　　年　　　月　　　日**  **平成** |
| **委任者との**  **関　　　係** | **親族(続柄　　　　　)・担当民生委員・近隣協力者・友人**  **施設職員・ケアマネージャー・その他(　　　　　　　　)** | | |

**以下の欄は、記入不要です。**

**大台町長または三重県後期高齢者医療広域連合長　　様**

|  |  |
| --- | --- |
| **確認** | **運転免許証・パスポート・住基カード(写真有り)・外国人登録証明書・在留カード・特別永住者証明書**  **身体障がい者手帳・その他(　　　　　　　　　　　　　　)　番号（　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **医療保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・住基カード(写真無し)・雇用保険受給者証**  **キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証・その他(　　　　　　　　　　　　　　)**  **番号（　　　　　　　　　　　　　　）** |