

介護保険証等の再発行手続きに係る委任状

尾花沢市長 様

令和 年 月 日

委任者 (被保険者本人又は 被保険者本人と 同一世帯の家族)	住 所	
	氏 名	印
	生年月日	大・昭・平 年 月 日
	電話番号	
代筆者氏名		

下記の者を代理人として所定の権限を委任しましたので、お届けいたします。

委任事項	<input type="checkbox"/> 介護保険 被保険者証再交付 (申請・受け取り)	
	<input type="checkbox"/> 介護保険 負担割合証再交付 (申請・受け取り)	
	<input type="checkbox"/> 介護保険 負担限度額認定証再交付 (申請・受け取り)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
代理人 (窓口に来る人 頼まれた人)	住 所 (事業所名)	
	氏 名	
	被保険者との関係	

※ 被保険者本人又は被保険者と同一世帯の家族が委任行為を行うことができない場合は、委任者欄と併せて代筆者氏名を記載してください。代筆した場合も、委任者欄に押印が必要です

※ 鉛筆や消えやすいインキでは書かないでください。

※ 第2号被保険者の被保険者証等の再交付申請には被保険者本人の健康保険証が必要です。