

委任状

年 月 日

介護保険被保険者（委任をする方）

被保険者番号			
氏 名		生 年 月 日	
		大・昭	年 月 日
住 所	〒 電話番号 ()		

私は下記の者を代理人と定め、本委任状により下記の権限を委任します。

- 介護保険被保険者証等の交付に関する事
- 介護保険認定（新規・更新・変更）に関する事
- その他 ()

代理人（委任をされる方）

氏 名		被保険者との関係	
事業所名			
住 所 (所在地)	〒 電話番号 ()		
	確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	

注意事項

- ・代理人の方は、マイナンバーカードなど代理人自身の本人確認ができるものをご用意ください。
※個人情報を入手する目的で代理人を装って手続きを行う者（なりすまし）の防止のため、代理人の本人確認を行います。
- ・委任状に不備がある場合、または代理人の本人確認ができない場合は、手続きができないこともあります。