

委 任 状

年 月 日

※委任する人の自署又は押印をお願いします

委任する人 ※1	氏名	印		
	被保険者でない理由()			
	被保険者との続柄()			
	住所			
	電話番号			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日

※1 原則として被保険者に限ります。被保険者でない場合は、その理由と被保険者との続柄を記載してください。

被保険者	氏名			
	被保険者番号			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月

下記の者（事業者等の場合は、その従業者）を代理人と定め、要介護認定等結果通知書及び介護保険被保険者証の受領を委任します。

代理人（委任される人） ※2	名称（氏名）			
	事業者等でない理由()			
	被保険者との続柄()			
	所在地（住所）			
電話番号				

※2 原則として事業者等（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設等）に限ります。事業者等でない場合は、その理由と被保険者との続柄を記載してください。（事業者等でない場合は、親族のみが受領可能です。）

引渡日	担当者	受領者確認自署欄

引渡時確認（受領者が上記事業者等の従業者等であることがわかるもの（職員証等）で確認）