

委任状

年 月 日

被保険者番号								
委任者 (被保険者)	住 所							
	氏 名							
	電話番号	() —						
	被 保 険 者 との続柄	本 人		生年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日		

下記の者を受任者とし、

1. 後期高齢者医療関係書類送付先登録申請 に関する権限
2. その他 () に関する権限

を委任します。

受任者	住 所						
	氏 名						
	電話番号	() —					
	委任者 (被保険者) との続柄			生年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日	

市区町職員 記載欄	本人確認欄	確認書類欄	意思確認
	・運転免許証 ・旅券(パスポート) ・()		