

委任状

年 月 日

① 代 理 人 (窓口に見える方)	住 所	〒 ー
	氏 名	電話番号 () ー
	生年月日	大・昭・平 年 月 日

私は上記の者を代理人と定め次の権限を委任します。

1. 保険証の受け取り
2. 保険証再交付申請
3. 保険料納付済証明書の受け取り
4. 後期高齢者医療保険に関するすべての手続き

② 委 任 者	住 所	〒 ー
	氏 名	印
	電話番号	() ー

※ この委任状は、委任者本人が記入してください。

※ 代理人の身分証明書（運転免許証等）の提示をお願いします。