

# 委任状

年 月 日

被保険者番号									
委任者 (被保険者)	住所								
	氏名							印	
	電話番号	( ) -							
	被保険者との続柄	本人			生年月日	年 月 日			

下記の者を受任者とし、

1. 後期高齢者医療の申請・受領に関する権限
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	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) ・( )		