

# 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
	免(経)・マイ・パ・ 障・保・介・その他 ( )		