

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. 後期高齢者医療資格確認書再交付に関する権限
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・ 介・資格確認書 その他 ()		