

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交付兼任意記載事項併記申請 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・資格確認書 その他 ()		