

委任状

委任者 住所 _____

氏名 _____ 印

私は下記の者を代理人として後期高齢者医療に係る(届出・申請・受領など)
権限を委任します。

年 月 日

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※代理人の方の運転免許証等の本人確認書類を添付してください。

※署名ではない場合は記名・押印をお願いいたします。