※この用紙は、すべて委任者本人が記入してください。

委　任　状

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住所 |   |
| 代理人 | 氏名 |   |
|  | 生年月日 |   |

私は、令和　　　年　　　月　　　日申請の、後期高齢者医療制度の手続きを

上記代理人に委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住所 |   |
| 委任者（被保険者） | 氏名 |   |
|  | 生年月日 |   |

【注意】

代理人の方は、申請時にご自身の身分証明書（運転免許証など顔写真付きは１点、顔写真が無い場合（キャッシュカード、診察券など）は２点）をご持参ください。

郵送提出する場合は、身分証明書のコピーを一緒に提出してください。