**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（　　　　　　　） |  |  |