

委 任 状

代理人

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

委任者からみた続柄 _____

私は、上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険制度の手続きに関する、次の権限を委任します。

記

1. 資格確認書等の再交付申請について
2. 資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書の申請について
3. 被保険者証又は資格確認書の受領について
- 4.

令和 年 月 日

委任者

住所 秦野市 _____

氏名 _____

生年月日 _____

電話 _____