

委任状

(後期高齢者医療保険手続き用)

【代理人（手続きの委任を受ける者）】

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日

電話番号

(

)

—

大分県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和

年

月

日

私（委任者）は、上記の者を代理人と定め、私および世帯員の後期高齢者医療保険の手続き（後期高齢者医療保険および関連する諸手続きを含む）および後期高齢者医療保険被保険者証の受け取りを委任します。併せて、手続きに際し必要となる個人番号・公簿等を閲覧されることに同意します。

また、代理人は、手続きに必要な証明書類等と、代理人の身分を証明できるもの（運転免許証・パスポート等）を持参・提示します。

【 委任者 】

住 所

氏 名

㊞

生年月日

年

月

日

電話番号

(

)

—

※必ず委任者による自署・押印をすること。

【特記事項（代理人が同居家族でない場合などに、その理由を記述すること。）】
