

委 任 状

年 月 日

[代理人]

住 所

氏 名

生年月日

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項に関する権限を委任します。

- 1 国民健康保険の手続きに関する権限
- 2 後期高齢者医療保険の手続きに関する権限
- 3 その他（ ）に関する権限

[委任者]

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

⑩ (自署)

※ 必ず委任する人が全て記入してください。

※ 代理人の本人確認書類を提示してください。