

委任状

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、 _____ を代理人と定め受領に関する一切の権限を
委任します。

申請者
(被保険者等)

〒
住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____
電話番号 _____

代理人

〒
住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____
被保険者との続柄 _____
電話番号 _____

○ご持参いただくもの

- ・ 本人が自署した上記委任状と被保険者本人を確認できる書類
(運転免許証/住基カード/パスポート/健康保険証/年金証書等)
- ・ 代理人の本人確認書類
(運転免許証/住基カード/パスポート/健康保険証/年金証書等)