

# 委任状

平成 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、届出、申請、請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

申請者	住所
	氏名 <span style="float: right;">印</span>
	生年月日
	電話番号

代理人	住所
	氏名 <span style="float: right;">印</span>
	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)