

委任状

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様
市 町 村 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

住 所

氏 名

生 年 月 日

電 話 番 号

代 理 人

住 所

氏 名

生 年 月 日

申請者との続柄

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/マイナンバーカード/パスポート(住所が記載されているものに限る)/資格確認書/
年金証書等)
- ・ 代理人の本人確認書類
(運転免許証/マイナンバーカード/パスポート(住所が記載されているものに限る)/資格確認書/
年金証書等)