

委任状

令和 年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 宛て
(埼玉県北本市長 宛て)

《代理人》

住 所

氏 名

被保険者との続柄

私は、上記の者を代理人と定め、次の事項の権限を委任します。

委任事項

申請・受領

《委任者》

住 所

氏 名

印

電話番号

生年月日 明・大・昭 年 月 日

- 1 委任者本人が自署し、委任者氏名の後に印鑑を押してください。
- 2 委任する事項を具体的に記入してください。

----- 委任者本人が障害等により自署できない場合のみ記入 -----

《代筆者》 ※代理人以外の第三者

住 所

氏 名

印

被保険者との続柄

代筆理由

☐ 本人の委任の意思を確認しました。(☒ 必須)

※委任者あて、委任の意思確認のご連絡をする場合があります。

※代理人の身分証明書の確認が出来ない場合等、委任状を受付できない場合があります。