

委 任 状

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 印
	生年月日
	電話番号

代 理 人	住 所
	氏 名 印
	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)