委　　任　　状

受　任　者　　住　　所

　　　　　　　　　氏　　名

生年月日

上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療制度の届出及び申請に関する権限並びに個人番号の提供に関する権限を委任します。

平成　　年　　月　　日

委　任　者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　㊞

生年月日