委　　任　　状

ご　本　人（委任をする方）

被保険者番号		
フリガナ		生 年 月 日
氏　　名	㊞ （自署の場合は押印不要）	年　　月　　日
住　　所	〒 都・道・府・県　　市・町・村 電話番号　　－　　－	

私は下記の者を代理人と定め、本委任状により下記の権限を委任します。

□　後期高齢者医療資格申請に関すること
□　後期高齢者医療資格確認書等受取に関すること
□　後期高齢者医療各種給付申請に関すること
□　後期高齢者医療各種給付受取に関すること
□　その他（　　）

代理人（委任をされる方）

フリガナ		本人との関係	
氏　　名			
住　　所	〒 都・道・府・県　　市・町・村 電話番号　　－　　－		
確認方法	□ 運転免許証　□ 資格確認書 □ 預貯金通帳　□ その他（　　）		

注意事項

・本委任状は、ご本人（委任をする方）による自署である場合は、押印を省略できます。
・代理人の方は、運転免許証など代理人自身の本人確認ができるものをご用意ください。
※個人情報を入手する目的で代理人を装って手続きを行う者（なりすまし）の防止のため、代理人の本人確認を行います。
・委任状に不備がある場合、または代理人の本人確認ができない場合は、手続きができないこともあります。