

委任状

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

私は代理人に下記権限を委任します。 令和 年 月 日

委任内容 (該当にチェック☑をつけてください)

- 後期高齢者医療資格確認書の受領
- 後期高齢者医療資格確認書再交付の申請及び受領
- その他 ()

代理人 (窓口に来る方)	氏名	(委任者との関係:)
	生年月日	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	
	連絡先	
委任者 (委任する方)	氏名	
	生年月日	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	
	連絡先	

※注意事項

- ・委任者がすべてを自筆でご記入ください。(※1)
- ・内容に疑義がある場合は、委任状として認められません。
- ・この委任状のほかに代理人の身分証明書(顔写真付き)をご持参下さい

(※1) 委任者が特別な事情により記入が出来ない場合は、代筆者の氏名を記入してください、

代筆者の氏名 _____