

委 任 状

令和 年 月 日

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療における申請及び手続きに関する一切の権限を委任します。

委任者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

本人との関係 _____

連 絡 先 _____