委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

高知県後期高齢者医療広域連合長　様
市 町 村 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	
	生年月日	
	電話番号	

代 理 人	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	
	申請者との続柄	
	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/マイナンバーカード/パスポート(住所が記載されているものに限る)/資格確認書/年金証書等）

・ 代理人の本人確認書類
（運転免許証/マイナンバーカード/パスポート(住所が記載されているものに限る)/資格確認書/年金証書等）