委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

高知県後期高齢者医療広域連合長　様

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、故＿＿＿＿＿＿＿＿に係る葬祭費の受領に関する一切の権限を委任します。

葬祭執行者
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿
被保険者＿＿＿＿＿＿との続柄＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿
葬祭執行者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿
被保険者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿
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葬祭執行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）