委　　任　　状

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、

□　後期高齢者医療　資格確認書

□　後期高齢者医療　特定疾病療養受療証

□　後期高齢者医療　保険料控除証明書

の申請・受領に関することを委任します。

年　　　　月　　　　日

《代　理　人》来庁する者

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

《委　任　者》

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞