

徳島県後期高齢者医療広域連合長 様

委 任 状

代理人	住所				
(たのまれる者)	氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
委任事項	1. 後期高齢者医療制度における_____に関する届出 2. 後期高齢者医療資格確認書 の受領に関する行為 3. その他() ※代理人に委任する手続きに○印をつけてください。				

上記の者に代理人として上記該当事項の権限を委任いたします。

令和 年 月 日

住 所

委任する者(たのむ者)の氏名

印

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日 生

申 述 書

徳島県後期高齢者医療広域連合長 様

上の委任状は、委任者_____ が筆記困難のため、私が代筆しました。

なお、同委任状は、本人の面前で、本人の指示のもとで作成したものであり、本人の意思に基づくものです。

令和 年 月 日

(代筆者) 住 所

氏 名

印 (代筆者の印)

委任する者(たのむ者)との続柄

※なお、資格確認書を受領される代理人は、顔写真付きの身分証明書(免許証、住基カード等)と、認印を持参してください。
詳しくは、徳島市役所 保険年金課(☎621-5157)まで、お問い合わせください。