**委任状**

　私、（被保険者氏名）

に対する、後期高齢者医療資格確認書及び後期高齢者医療に関する書類の申請および受領を下記の者へ委任する。

　　年　　月　　日

被保険者（本人）

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－

代理人

　住所

　氏名

　電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－

　関係