

委任状

※必ず委任する方がご記入ください。

代理人	住所	
	氏名	続柄 ()
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	連絡先電話番号	

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

後期高齢者医療についての

送付先変更 証再発行 証受け取り その他 ()

に関する権限

富山県後期高齢者医療広域連合長 宛て

令和 年 月 日

委任者	被保険者番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和
	連絡先電話番号	

(備考) 1 記載内容等について委任者の方に電話で確認させていただく場合があります。

2 代理人(窓口に来られる方)の本人確認できるものを必ずご持参ください。

(本人確認できるもの)

- ・運転免許証、パスポート、写真付住民基本台帳カード 等
- ・健康保険証、年金証書 等の場合は2点以上必要

委任状を代筆する場合(代理人の代筆は不可)

代筆理由... 病気療養中 自署困難 その他 ()

代筆者	住所	
	氏名	続柄 ()
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	連絡先電話番号	

(備考) 代筆の場合は代筆者の本人確認書類の写しを添付ください。