

# 委任状

令和 年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 宛て  
(埼玉県北本市長 宛て)

## 《代理人》

住 所

氏 名

被保険者との続柄

私は、上記の者を代理人と定め、次の事項の権限を委任します。

委任事項

申請・受領

## 《委任者》

住 所

氏 名

印

電話番号

生年月日 明・大・昭 年 月 日

- 委任者本人が自署し、委任者氏名の後に印鑑を押してください。
- 委任する事項を具体的に記入してください。

## 委任者本人が障害等により自署できない場合のみ記入

《代筆者》 ※代理人以外の第三者

住 所

氏 名

印

被保険者との続柄

代筆理由

本人の委任の意思を確認しました。(  必須)

※代筆の場合は、委任者の身分証明書を添付してください。  
用意できない場合は、委任者の  
拇印を押印してください。

拇印

※委任者あて、委任の意思確認のご連絡をする場合があります。

※代理人の身分証明書の確認が出来ない場合等、委任状を受付できない場合があります。