

委任状

令和 年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿
荒川区長 殿

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先 _____

生年月日 _____

私は下記の者を代理人として、以下の後期高齢者医療保険関係の手続きの権限を委任します。(該当する箇所に○印をつけてください。)

- 1 加入の申請
- 2 再交付の申請
- 3 給付の申請
- 4 その他 ()

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

- ◎ 委任状は必ず委任者本人が署名・押印してください。
- ◎ 委任状を偽造し行使した者は、有印私文書偽造・同行使罪で罰せられます。(刑法第 159 条第 1 項、第 161 条第 1 項)
- ◎ 代理人の方は必ず身元確認書類をお持ちください。