

委任状

年 月 日

原 村 長 あて

住 所 _____

申請者（委任者）

氏 名 _____

⑩

連絡先 _____

（代筆の場合は拇印をお願いします。）

国民健康保険

後期高齢者医療保険の

保険証

限度額認定証

に関する手続について、

下記の者を代理人と定め、権限を委任します。

代理人（受任者）

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

本人確認 免・住・個・パ・