

# 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・