

委任状

令和 年 月 日

羽生市長 様
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 様

(委任者) 住 所
氏 名 印
生年月日 S・H・R 年 月 日
電話番号 ()

私は、以下の者を代理に定め、下記の事項に関する権限を委任いたします。

(代理人) 住 所
氏 名
生年月日 S・H・R 年 月 日
電話番号 ()
委任者との関係

記

【委任事項】

- 後期高齢者医療「資格確認書」の新規交付申請・受領
(負担区分等の任意事項記載を含む) ※市民税申告が必要な場合、それも含む
- 後期高齢者医療の「資格情報のお知らせ」「資格確認書」の再交付の申請・受領
- 後期高齢者医療保険料の賦課内容確認・納付相談
- その他 ()

※注意事項※

- 必ず委任者が自署、押印してください。
- 記載内容について、電話等で委任者の意思確認を行う場合がありますので御了承ください。
- 代理人の方の確認のため、本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、パスポートなど公的機関が発行した顔写真付きのもの)を持参してください。

※委任する方の自筆で記入してください。

委任状の記入例

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

羽生市長 様
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 様

(委任者) 住 所 羽生市東6丁目15番地
氏 名 健康 まもる 印
生年月日 S・H・R ○○年 ○○月 ○○日
電話番号 048 (561) 1121

私は、以下の者を代理に定め、下記の事項に関する権限を委任いたします。

(代理人) 住 所 羽生市中央3丁目7番5号
氏 名 健康 花子
生年月日 S・H・R ○○年 ○○月 ○○日
電話番号 048 (560) 3111
委任者との関係 子

記

【委任事項】

- 後期高齢者医療「資格確認書」の新規交付申請・受領
(負担区分等の任意事項記載を含む) ※市民税申告が必要な場合、それも含む
- 後期高齢者医療の「資格情報のお知らせ」「資格確認書」の再交付の申請・受領
- 後期高齢者医療保険料の賦課内容確認・納付相談
- その他 ()

※注意事項※

- 必ず委任者が自署、押印してください。
- 記載内容について、電話等で委任者の意思確認を行う場合がありますので御了承ください。
- 代理人の方の確認のため、本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、パスポートなど公的機関が発行した顔写真付きのもの)を持参してください。