

# 委任状

年 月 日

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者（委任者）※氏名は必ず自書してください。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S \_\_\_\_\_ 年 月 日

私は下記の者を代理人と定め、下記の事項の権限を委任します。

1. 後期高齢者医療の資格異動に関すること。
2. 後期高齢者医療の給付に関すること。
3. 後期高齢者医療保険料に関すること。
4. 後期高齢者医療の送付先の設定に関すること。
5. 後期高齢者医療被保険者証に関すること。
6. 後期高齢者医療に関する一切のこと。
7. その他（ \_\_\_\_\_ ）

代理人（受任者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_