

# 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。

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

代理人（受任者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

## 申 述 書

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

上の委任状は、委任者 \_\_\_\_\_ が筆記困難のため、私が代筆しました。

なお、同委任状は、本人の面前で、本人の指示のもとで作成したものであり、本人の意思に基づくものです。

年 月 日

（代筆者）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 \_\_\_\_\_