

委任状

年 月 日

(宛先)

枚方市長

大阪府後期高齢者医療広域連合長

(後期高齢者に限る)

委任者 住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____
電話番号 _____

※委任者が署名しない(できない)場合は、記名・押印してください

私は、次の手続きについて、下記の者を代理人と定め、届け出及び受領に関する権限を委任します。

国民健康保険
 後期高齢者医療
 介護保険

} に関する _____ の手続き

※チェックを入れて下さい
(複数選択可)

代理人(受任者) 住 所 _____
氏 名 _____
委任者からみた続柄 _____
電話番号 _____