

委任状

令和 年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

下記の者に、委任項目の権限を委任します。

受任者住所	
受任者氏名	
受任者生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
受任者電話番号	()

●委任項目

- ☐ 後期高齢者医療各種給付費の受領に関する一切の権限
(申請者本人の口座以外を指定する場合に必要となります)
- ☐ 後期高齢者医療制度の各種申請手続きに関する一切の権限
- ☐ 個人番号提示等に関する一切の権限
- ☐ その他 ()

※注意事項

- ・委任者（頼んだ人）の名前は、必ず本人が自筆で書いてください。
- ・窓口では、受任者の本人確認を行いますので、本人確認ができる書類（マイナンバーカード、運転免許証等）をご持参ください。