

委任状

* 必ず委任する方がご記入ください。

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	大・昭・平 年 月 日
代理人連絡先 電話番号	

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

後期高齢者医療についての

に関する権限

富山県後期高齢者医療広域連合長 あて

年 月 日

委任者の後期高齢者 医療被保険者番号									
委任者住所									
委任者氏名									
委任者生年月日	大・昭・平 年 月 日								
委任者連絡先 電話番号									

(備考) 1 記載内容等について委任者の方に電話で確認させていただく場合があります。

2 代理人(窓口に来られる方)の本人確認できるものを、必ずご持参ください。

(本人確認できるもの)

運転免許証、パスポート、写真付住民基本台帳カード 等
健康保険証、年金証書 等の場合は、2点以上必要