委任状

私は次の者を代理人と定め、後期高齢者医療制度の以下の権限について、委任します。

- 加入の届出、世帯主変更、世帯分離、世帯合併
- 後期高齢者医療被保険者証の受領
- 再交付（後期高齢者医療被保険者証・ _____ ）
- その他（ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除 ）

令和 年 月 日

受任者（代理人） 住 所 _____

氏 名 _____

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ 印