**委　任　状**

令和　　年　　月　　日

（あて先）

岐阜県後期高齢者医療広域連合長

羽島市長

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人 | （住所） |
| （氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

私は、上記の者を代理人と定め、　　　　　　　　　　　　　　の手続きに関する権限を委任したいので届けます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者（被保険者） | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日性別 | 年　　　月　　　日　　　男 ・ 女 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代筆者（注2） | 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　委任者との関係　（　　　　）　 |
| 理由 |  |

1. 委任状はすべて本人（委任者）が自署してください。
2. 病気などの事情により、委任者本人が記載することが困難な場合は、第三者（代理人以外の方）が記載してください。代筆者の住所、氏名、委任者との関係および代筆となった理由を記載してください。
3. 代理人（窓口に来られる方）は、本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等を持参ください。