

# 委 任 状

令和      年      月      日

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

- ☐ 後期高齢者医療資格確認書兼任意記載事項併記申請に関する事。
- ☐ 後期高齢者医療資格確認書再交付申請に関する事。
- ☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関する事。

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_

青森県後期高齢者医療広域連合長    様

## 委任状

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

- ☒ 後期高齢者医療資格確認書兼任意記載事項併記申請に関すること。  
☐ 後期高齢者医療資格確認書再交付申請に関すること。  
☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関すること。

委任者 住 所 青森市中央 1 丁目 22 番 5 号

氏 名 後期 一郎

連絡先 017-734-1111

代理人 住 所 青森市新町 1 丁目 3 番 7 号

氏 名 青森 花子

本人との関係 子

連絡先 017-734-5493

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者本人の手がふるえて字が書けないため、後期太郎が代筆しました。

代筆者 住 所 青森市中央 1 丁目 22 番 5 号

連絡先 017-734-1111