

委任状

年 月 日

〈宛先〉 函館市長（国民健康保険）
北海道後期高齢者医療広域連合

〔 委任する人 〕

被保険者番号

住 所 函館市 町 丁目 番（地） 号

氏 名

生年月日 年 月 日 生

連絡先電話番号

委任する理由

私は、上記の理由により、自ら国民健康保険・後期高齢者医療制度の届出をすることができないので、次の事項について代理人を定め、委任します。

〔 委任する事項 〕

国民健康保険・
後期高齢者医療制度 の について

〔 代理人 〕

住 所 函館市 町 丁目 番（地） 号

氏 名

生年月日 年 月 日 生

電話番号

委任する人との関係

本人確認書類