

# 委任状

令和 年 月 日

(宛先) 函館市長

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)

氏 名 (印)

生年月日 年 月 日生

確認先の  
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、委任しますのでよろしくお願い申し上げます。

## [ 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 (印)

生年月日 年 月 日生

電話番号

委任する人  
との関係  
本人確認できる書類