

## 委 任 状

令和 年 月 日

後期高齢者医療保険料納付確認書の交付に関する手続きを委任します。

委任者	住所	高浜市 町 丁目 番地
	氏名	印
	生年月日	年 月 日
	電話番号	( ) ー

受任者	住所	高浜市 町 丁目 番地
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	( ) ー

来庁できない理由

☐病気療養中 ☐施設入所中 ☐その他 ( )