

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

長崎県後期高齢者医療にかかる委任状

委任をする方（被保険者本人）							提出日	令和	年	月	日
被保険者番号							生 年 月 日	明治			
フリガナ								大正	年	月	日
氏名								昭和			
住所	〒 — 電話 — —										
委任する内容	1. 保険料還付金の代理受領 2. その他（具体的に記入してください。） （ ）										

私は、下記の者を代理人と定め、長崎県後期高齢者医療に係る上記の権限を委任します。

委任される方（代理人）

フリガナ			本人との 関 係	
氏名				
住所	〒 — 電話 — —			

※ 裏面の注意事項をお読みになり、記入漏れ等のないように作成してください。

「委任状」の記入等注意事項

1. 「委任をする方（被保険者本人）」欄については、委任状を記入した日付、ご本人の被保険者証の被保険者番号、氏名、生年月日、住所（電話番号を含む。）を記入してください。
2. 「委任をされる方（代理人）」欄については、ご本人が誰を代理人にするかを決め、その方の氏名、ご本人との関係、住所（電話番号を含む。）を記入してください。
3. 氏名はご本人が署名してください。
4. 委任状に不備がある場合、または代理人の本人確認ができない場合は、受付できないこともあります。