

委 任 状

令和 年 月 日

代理人 住所

氏名

☐ 国民健康保険料

私は、上記の者を代理人とし、☐ 後期高齢者医療保険料 に関する納付証明書の申請と
受領の権限を委任いたします。☐ 介護保険料

委任者 住所

氏名 印

委任者が記載不可能な場合、代筆した際には下記に代筆者名を記載してください

代筆者 住所

氏名 印

代筆理由 ()