

※委任する方がすべて記入して下さい。

委 任 状

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛 先) 函 館 市 長

[委任する人]

被保険者番号 函

住 所 函館市 東雲 町 丁目 4番 (地) 13号

氏 名 健康 太郎

生年月日 昭和 37 年 1 月 1 日 生

確認先の
電話番号 0138 - 21 - 3150

委任する理由 入院中のため

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致します。

[委任する事項]

国民健康保険・
後期高齢者医療制度 の 加入および保険証の受領 について

[代理人]

住 所 函館市 〇〇 町 丁目 〇 番 (地) 〇 号

氏 名 健康 つよし

生年月日 平成 3 年 3 月 3 日 生

電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

委任する人
との関係 子

本人確認できる書類 運転免許証