

# 委任状

令和 年 月 日

北谷町長 宛

住所 \_\_\_\_\_

委任者（被保険者） 氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私（委任者）は、下記の者（受任者）を代理人と定め、後期高齢者医療  
保険料納付証明書の申請および受領に関する権限について委任します。

住所 \_\_\_\_\_

受任者（代理人） 氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_