委　　任　　状

年　　　月　　　日

墨 田 区 長　　様

委任者（依頼する方）

　　　住所

氏名

生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

電話番号

私は、下記の者を代理人として、後期高齢者医療保険料に係る納付証明書の交付申請及び受領の権限を委任します。

代理人（依頼された方）

住所

氏名

生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

電話番号

委任者との関係

後期高齢者医療保険料納付証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 平成・令和　　　　　年度分 | 通 |
| 平成・令和　　　　　年度分 | 通 |
| 平成・令和　　　　　年度分 | 通 |