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納付確認書の受領の権限を

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確認書

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　　　　　年分 | 　　　　　　通 |
| 令和　　　　　　年分 | 　　　　　　通 |
| 令和　　　　　　年分 | 　　　　　　通 |