

委 任 状

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、 _____ を代理人と定め、故 _____ に係る

葬祭費の受領に関する一切の権限を委任します。

葬祭執行者 住 所 _____
氏 名 _____
生 年 月 日 _____
被保険者 _____ との続柄 _____
電 話 番 号 _____

代 理 人 住 所 _____
氏 名 _____
生 年 月 日 _____
葬祭執行者との続柄 _____
被保険者との続柄 _____
電 話 番 号 _____

○ ご持参いただくもの

- ・ 本人が自署した上記委任状と葬祭執行者本人を確認できる書類
(運転免許証/住基カード/パスポート/健康保険証/資格確認書/年金証書等)
- ・ 代理人の本人確認書類
(運転免許証/住基カード/パスポート/健康保険証/資格確認書/年金証書等)