

# 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/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/年金証書等)