

委任状

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、 を代理人と定め、下記の事項に関する権限を委任します。

委任事項 (委任する事項に○をしてください)		後期高齢者医療資格確認書の交付申請
		後期高齢者医療資格確認書の任意記載事項併記申請

住 所

氏 名

申請者
(被保険者)

生年月日

電話番号

住 所

氏 名

代理人

申請者との続柄

電話番号