

委任状

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 あて

代理人 住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、再発行医療費通知書 の

交付申請及び受領に関する権限を委任します。

委任者 住所

氏名

明・大・昭・平

生年月日 年 月 日