

委任状

令和 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者 住 所 _____
(被保険者) 氏 名 _____ 印
連 絡 先 _____

下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療被保険者証の再交付申請及び被保険者証の受領を委任します。

記

代 理 人

住 所 _____
氏 名 _____ 印
連 絡 先 _____
委任者との関係 _____