**委 任 状**

　　年　　月　　日

千葉県後期高齢者医療広域連合長　様

私は、下記の者を代理人に選任し、次の行為の権限を委任します。

　　　　**※委任する権限に☑をしてください。**

* 後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請・受領
* 後期高齢者医療資格確認書等再交付申請・受領
* 特定疾病療養認定証申請・受領

□　障害認定申請

* その他

被保険者　　住　　所　　　館山市　　　　　　　　　　　　　　番地

氏　　名

生年月日　　　大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日

代理人　　住　　所

氏　　名

生年月日　　　大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日

被保険者との続柄