

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 (印)

生年月日 大・昭・平 年 月 日

代 理 人 住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

被保険者との続柄