

委 任 状 (手続き用)

年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

| | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

住 所

委任者
(本人) 氏 名 _____ 印
連 絡 先 () _____

代理人との関係

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険に関する手続きの権限を委任します。

記

(代理人)

住 所

氏 名

連 絡 先 () _____

※委任状は、必ず委任者本人が御記入ください。

※来庁の際は、代理人の本人確認書類（免許証等）が必要です。