

委任状

令和 年 月 日

私は、_____を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ☐ 後期高齢者医療被保険者証の受領に関する事
- ☐ 後期高齢者医療資格確認証の受領に関する事
- ☐ 後期高齢者医療被保険者証等再交付の申請に関する事
- ☐ 後期高齢者医療限度額適用（・標準負担額減額）認定証の申請及び受領に関する事
- ☐ 後期高齢者医療マイナ保険証の利用登録解除に関する事
- ☐ その他（_____）に関する事

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)
(被保険者番号 _____)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____

委任者との続柄 _____

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様