

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 益城町大字
(本人) 氏 名 印
連絡先 (電話番号) () -

私の後期高齢者医療保険限度額認定証の交付申請等について、下記の者を代理人と定め、一切の権限を委任します。

記

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

委任者 (本人) との続柄 _____

連絡先 (電話番号) () - _____