委　　任　　状

令和　　　年　　　月　　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

住　　所　　益城町大字

委任者

（本人）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先（電話番号）（　　　　）　　　　－

私の後期高齢者医療保険証の再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）　（　　　　）　　　　－