

# 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) ( ) ー

私の後期高齢者医療保険証の再交付申請 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) ( ) ー \_\_\_\_\_