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 熊本県下益城郡美里町 _____
(被保険者) 氏 名 _____ 印 _____
連絡先 _____

下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療被保険者証の再交付申請及び被保険者証の受領を委任します。

代理人 住 所 _____
氏 名 _____
連絡先 _____
委任者との関係 _____

記入例

委任状

令和〇〇年〇〇月〇〇日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者 住所 熊本県下益城郡美里町〇〇 △△番地
(被保険者) 氏名 美里太郎 印
連絡先 〇〇〇〇-△△-××××

下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療被保険者証の再交付申請及び被保険者証の受領を委任します。

代理人 住所 〇〇〇県 〇〇〇市 〇〇〇町 〇〇〇 △△△△番地
氏名 広域花子
連絡先 〇〇〇〇-△△-××××

委任者との関係 子