

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

委任状

代理人 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____
連絡先 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

1. _____ (申請・受領)
2. _____ (申請・受領)
3. _____

令和 年 月 日

委任者 住所 _____
氏名 _____ (印)
生年月日 _____
連絡先 _____

----- キリトリ線 -----

記入例

委任状

代理人 住所 木更津市朝日 3-10-19
氏名 木更津 花子
生年月日 昭和 年 月 日
連絡先 0438-23-7111

来庁する人の
署名

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

1. 後期高齢者医療被保険者証再交付の (申請・受領) に関する事
2. 後期高齢者医療限度額適用認定証の (申請・受領) に関する事
3. _____

令和 年 月 日

委任者 住所 木更津市富士見 1-2-1
氏名 木更津 太郎 (印)
生年月日 昭和 年 月 日
連絡先 0438-23-7011

被保険者本人
の署名と押印