

委任状

令和 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者 (委任者)	住 所	
	氏 名	

私は、下記の者を代理人とし、次の事項を委任します。

(代理者の免許証などの本人確認書類を添付してください。)

代理人 (受任者)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	電話番号	
	委任者との関係	

【委任事項】

- 後期高齢者医療資格確認書等再交付申請に関すること。
- 次の該当番号を○で囲んだ証等の受領に関すること。

- | |
|--------------------|
| 1 後期高齢者医療資格確認書 |
| 2 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 |

- _____に係る
届出・申請に関すること。
- 後期高齢者医療制度に係る通知書等送付先変更届出に関すること。