

委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる届出並びに申請における権限を委任する。

被保険者	住 所	
	氏 名	

代理人	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	電話番号	

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様