

委任状

令和 年 月 日

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者・委任者

住 所

氏 名

生年月日 大正・昭和 年 月 日

電話番号

私は、次の者を代理人に定め、次の権限を委任します。

代 理 人

住 所

氏 名

生年月日 大正・昭和 年 月 日

電話番号

委任事項

☐ 後期高齢者医療資格確認書の申請及び受領

☐ その他()