

委任状

年 月 日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

私は、下記の者を代理人に選任し、次の行為の権限を委任します。

※委任する権限に をしてください。

- 後期高齢者医療資格確認書交付兼任意事項記載事項併記申請・受領
- 後期高齢者医療資格確認書等再交付申請・受領
- 特定疾病療養認定証申請・受領
- 障害認定申請
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請
- その他 ()

被保険者 住所 鋸南町

氏名 印

生年月日 大・昭・平 年 月 日

代理人 住所

氏名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

被保険者との続柄