

委 任 状

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

私は、下記の者を代理人と定め、下記の手続きを行うことを委任します。

- 1 後期高齢者医療被保険者証の再交付の手続きについて
- 2 後期高齢者医療「限度額適用・標準負担額減額認定証」及び「限度額適用認定証」の申請及び再交付の手続きについて

年 月 日

代理人 (受任者)

住 所

氏 名

電 話

委任者

住 所

氏 名

電 話

※すべて委任者の自署で記入してください。

※不正に作成された委任状の行使は、刑罰の対象となります。