

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身元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】

- 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書の提出に関すること。
- 次の該当番号を○で囲んだ証の受領に関すること。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">後期高齢者医療被保険者証後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証後期高齢者医療特定疾病療養受療証後期高齢者医療限度額適用認定証 |
|---|

- 3 _____ に関
する届出・申請に関すること。

- 4 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。