

福島県後期高齢者医療広域連合長

住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

後期高齢者医療保険にかかる送付先変更手続きの委任状について

下記の被保険者について、送付先変更届けを提出するにあたり、次の理由により
委任状の添付が困難であること申し添えます。

記

被保険者 住 所
氏 名
生年月日

委任状の添付が困難な理由
(本人の意思確認が困難な状況などを具体的に記入してください)