

委任状（手続き用）

年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所

氏 名 ⑨

委任者
(本人)

連絡先 () -

代理人との関係

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険に関する手続きの権限を委任します。

記

(代理人)

住 所

氏 名

連絡先 () -

※委任状は、必ず委任者本人が御記入ください。

※来庁の際は、代理人の本人確認書類（免許証等）が必要です。