委　任　状

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　あて

代理人　住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、　再発行医療費通知書　の

交付申請及び受領に関する権限を委任します。

委任者　住所

氏名

明・大・昭・平

生年月日　　年　　月　　日