委　任　状

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

委　任　者　　住　　所

氏　　名

生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険料の減免申請に関する権限を委任します。

代　理　人　　住　　所

氏　　名

電話番号