委 任 状

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

私は、　　を代理人と定め、下記の事項に関する権限を委任します。

委任事項 （委任する事項に〇をしてください）		後期高齢者医療資格確認書の交付申請
		後期高齢者医療資格確認書の任意記載事項併記申請

申請者
（被保険者）

住　所

氏　名

生年月日

電話番号

代理人

住　所

氏　名

申請者との続柄

電話番号