

委 任 状

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

住 所

(受任者) 氏 名

電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、下記の手続きを行うことを委任します。

1. 後期高齢者医療の加入に関する手続き
2. 後期高齢者医療資格確認書の再交付の手続きについて
3. 後期高齢者医療の基準収入額適用の手続きについて
4. その他 () の手続きについて

令和 年 月 日

住 所

(委任者) 氏 名

電話番号