

委 任 状

年 月 日

(あて先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

私(被保険者)は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療の資格に関する権限を委任します。

被保険者(本人)

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者番号 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____