

委任状

平成 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者 (委任者)	住 所	
	氏 名	印

私は、下記の者を代理人とし、次の事項を委任します。

代理人 (受任者)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	電話番号	

【委任事項】

- 1 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書の提出に関する事。
- 2 次の該当番号を○で囲んだ証の受領に関する事。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1 後期高齢者医療被保険者証2 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証3 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 |
|---|